Autorización de HIPAA Para Usar y Divulgar Información Médica Protegida

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:

AUTORIZACIÓN

Yo, o mi representante autorizado, solicito la divulgación de información médica sobre mi atención y tratamiento según lo establecido en esta autorización. De acuerdo con la ley del estado de Arizona, la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y 42 CFR Parte 2, entiendo lo siguiente:

1. Autorización voluntaria. La firma de esta autorización es voluntaria. A excepción del tratamiento relacionado con la investigación y la atención médica destinada a crear información para su divulgación, mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi autorización de esta divulgación.

2. Redivulgación. Es posible que la información divulgada a un tercero en virtud de esta autorización ya no esté protegida por la ley estatal o federal y que el destinatario la vuelva a divulgar, con las siguientes excepciones: Si autorizo la divulgación de información relacionada con el abuso de alcohol/drogas, enfermedades transmisibles (incluido el VIH/SIDA), pruebas genéticas (e información derivada de las mismas) o registros médicos o registros de pago, El destinatario tiene prohibido volver a divulgar la información sin mi autorización, a menos que se lo permita la ley federal o estatal. *Véase* 42 CFR Parte 2.

3. Autorizaciones específicas. Esta autorización incluye expresamente las autorizaciones específicas requeridas para la divulgación de información relacionada con el abuso de alcohol/drogas, tratamiento de salud mental (excepto notas de psicoterapia), información sobre enfermedades transmisibles (incluido el VIH/SIDA), pruebas genéticas (e información derivada de las mismas) y discapacidades del desarrollo. Puede denegar una autorización específica colocando sus iniciales en la(s) casilla(s) correspondiente(s) en la sección Autorizaciones específicas a continuación.

4. Revocación. Tengo derecho a revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización. Debo enviar cualquier revocación por escrito a la persona o entidad autorizada a divulgar la información. Si no se realiza ninguna revocación, esta autorización caducará automáticamente doce (12) meses después de la fecha de firma. Se debe proporcionar un aviso por escrito de revocación a Midwestern University Clinics, Medical Records Department, 19389 N. 59th Avenue, Glendale, AZ 85308.

5. Tarifas. Si solicito esta información para mí o para terceros, es posible que se me cobren tarifas apropiadas y razonables por la copia de dicha información. Cualquier tarifa cumplirá con todas las leyes estatales y federales.

PARTE REVELADORA

Persona/Organización/Programa:	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Teléfono:	

PARTE RECEPTORA

Persona/Organización/Programa:	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Teléfono:	

PROPÓSITO

Describa el motivo de la divulgación:

INFORMACIÓN QUE SE DARÁ A CONOCER

Marque según corresponda:	TODAS LAS CLÍNICAS ☐	Clínica de Atención Integral ☐	Instituto Dental ☐	Instituto Oftalmológico ☐	Clínica Multiespecialidad ☐	Instituto de Terapia ☐

TODOS los registros ☐	Solo registros médicos ☐	Solo registros de facturación y seguros ☐	Otros (explique):

Intervalo de fechas (si no se proporciona ningún intervalo, todos los registros solicitados se producirán en todo momento):	

REVOCACIÓN DE AUTORIZACIONES ESPECÍFICAS				
NO autorizo la divulgación de la siguiente información (inicial solo si **no** desea que se divulgue la categoría de información):				
Registros de Abuso de Alcohol/Drogas: *Inicial*:	Pruebas genéticas e información relacionada: *Inicial*:	Información sobre enfermedades transmisibles (incluido el VIH/SIDA): *Inicial*:	Registros de salud mental (excepto notas de psicoterapia): *Inicial*:	Discapacidades: *Inicial*:

FIRMA	
Paciente o Representante Autorizado:	**FECHA:**
Si es un Representante Autorizado, proporcione la base de la autoridad:	