

AUTORIZACIÓN DE USO DE HIPAA O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida y cuándo necesitamos su autorización por escrito para hacerlo. Este formulario se usa cuando se requiere dicha autorización y cumple con los Estándares de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

Fecha: _____

Nombre del paciente(s) (letra de molde): _____

Fecha(s) de nacimiento: _____

I. MI AUTORIZACIÓN

Autorizo a la siguiente parte que usa o divulga—Family Focused Eye Care—para usar o divulgar la siguiente información médica:

- Toda mi información médica.
- Mi información médica que cubre el período de atención médica de:
(Fecha): _____ (Hasta la fecha): _____
- Otro: _____

La parte anterior puede divulgar esta información médica al siguiente destinatario:
(esto podría incluir a su cónyuge, padres, hijos, padrastros, abuelos, cuidadores, etc.)

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

El objetivo de esta autorización es (marque las opciones que corresponda):

- A mi solicitud
- Otro: _____

Esta autorización finaliza:

- Cuando ya no sea paciente del médico mencionado
- El (fecha): _____
- Otro: _____

II. MY RIGHTS

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan hecho usos o divulgaciones con base en mi permiso original. Es

posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarla a la parte divulgadora correspondiente. Entiendo que los usos y divulgaciones ya realizados en base a mi permiso original no pueden ser retirados. Entiendo que es posible que el destinatario vuelva a divulgar la información utilizada o divulgada con mi permiso y que ya no esté protegida por los Estándares de Privacidad de HIPAA. Entiendo que el tratamiento de cualquier parte no puede estar condicionado a mi firma de esta autorización (a menos que el tratamiento se busque solo para crear información médica para un tercero o para participar en un estudio de investigación) y que puedo tener el derecho de negarme a firmar esta autorización. Recibiré una copia de esta autorización después de haberla firmado. Una copia de esta autorización es tan válida como la original.

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____

Si el paciente es menor de edad o incapaz de firmar complete lo siguiente:

- El paciente es menor de edad: _____ años de edad
- El paciente no puede firmar debido a que: _____

Escriba el Nombre del Representante Autorizado: _____

Authority of Representative to sign on behalf of patient:

- Padre
- Tutor legal
- Orden Judicial
- Otro: _____

III. CONSENTIMIENTO ADICIONAL PARA CIERTAS ENFERMEDADES

Este registro médico puede contener información sobre abuso físico o sexual, alcoholismo, abuso de drogas, enfermedades de transmisión sexual, aborto o tratamiento de salud mental. Se debe dar un consentimiento por separado antes de que esta información se pueda divulgar.

- Yo consiento
- No consiento

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____

IV. CONSENTIMIENTO ADICIONAL PARA VIH/SIDA

Esta historia clínica puede contener información sobre pruebas de VIH y/o diagnóstico o tratamiento del SIDA. Se debe dar un consentimiento por separado para que se divulgue esta información.

- Yo consiento
- No consiento

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____

V. AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La firma a continuación indica que se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad para la parte autorizada mencionada anteriormente y que he leído y comprendido su contenido.

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____