

**AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN ES TAN VALIDA COMO LA ORIGINAL.)**

**El completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información médica identificable del individuo, como se establece a continuación de conformidad la ley de California y ley Federal sobre la privacidad de dicha información.No proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.**

**USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:**

Por el presente autorizo el uso o divulgación de mi información médica a seguir:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Personas/Organizaciones autorizadas para usar o divulgar la información: (1) \_\_\_\_\_

Personas/Organizaciones autorizadas para *recibir* la información: \_\_\_\_\_

Todos los proveedores y/o consultorios médicos; instituciones médicas; prácticas médicas que el Dr. Alchemy considere necesarios para gestionar y administrar mi cuidado médico.

Proposito del uso o divulgación solicitado: (2) \_\_\_\_\_

Para llevar a cabo y administrar mi atención médica.

Esta autorización se aplica a la siguiente información (seleccione solo una de las siguientes) (3)

Toda la información médica relacionada con cualquier historial médico, condición mental o física y tratamiento recibido.

[Opcional ] Excepto: \_\_\_\_\_

Solo los siguientes registros o tipos de información médica (incluidas cualquier fechas): \_\_\_\_\_

**VENCIMIENTO:**

Esta autorización vence [inserte fecha o evento]: (4) Diez años(10) desde la fecha en que se firmo.

Si no se indica una fecha, la autorización vencerá 12 meses después de la fecha en que se firmo este formulario.

**AVISO DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN:**

Puedo negarme a firmar esta autorización.

---

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre y entregada a la siguiente dirección:

Mi revocación entrará en vigencia una vez recibida, pero no será efectiva en la medida en que el Solicitante u otros hayan actuado en base a esta Autorización.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. (5)

Ni el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para los beneficios estarán condicionados a que yo proporcione o me niegue a proporcionar esta autorización. (6)

La información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario y es posible que ya no esté protegido por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que reciba mi información médica vuelva a divulgar de la misma, a menos que otra autorización para tal divulgación se obtiene de mí o menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica que se me solicita utilizar o divulgar.

Si esta caja  está marcada, el Solicitante recibirá una compensación por el uso o divulgación de mi información

Fecha: Hora: am/pm

Firma: (*paciente/ representante/ cónyuge/ parte financieramente responsable*)

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique su relación legal con el paciente: (7)

Si esta caja está marcada [x]: Se me ha ofrecido y rechazo una copia de este documento, pero puedo solicitar una copia a cualquier solicitud en cualquier momento.

Testigo:

*(Si ha autorizado la divulgación de su información médica a alguien que no esté legalmente obligado a mantener la confidencialidad, se puede volver a divulgar y ya no estar protegido. La ley de California prohíbe a los destinatarios de su información médica de volver a divulgar dicha información, excepto con su escrito autorización o según lo requiera o permita específicamente la ley..)*

- (1) Si la Autorización la solicita la entidad que tiene la información, esta entidad es el Solicitante.
- (2) La declaración "a solicitud del individuo" es una descripción suficiente del propósito cuando el individuo inicia la autorización y no proporciona, o elige no hacerlo, una declaración del propósito..
- (3) Este formulario no se puede utilizar para divulgar notas de psicoterapia y otros tipos de información médica. (*see 45 CFR § 164.508(b)(3)(ii)*). Si este formulario se utiliza para autorizar la divulgación de notas de psicoterapia, se debe utilizar un formulario separado para autorizar la divulgación de cualquier otra información médica.
- (4) Si la autorización es para el uso o divulgación de PHI para investigación, incluida la creación y mantenimiento de una base de datos de investigación o repositorio, la declaración "fin del estudio de investigación", "ninguno" o lenguaje similar es suficiente.
- (5) Bajo HIPAA, el individuo debe recibir una copia de la autorización cuando ha sido solicitada por una entidad cubierta para sus propios usos y divulgaciones. (*see 45 CFR §164.508(d)(1),(e)(2)*).
- (6) Si se aplica alguna de las excepciones a esta declaración, reconocidas por HIPAA, entonces esta declaración debe cambiarse para describir las consecuencias para la persona de negarse a firmar la autorización cuando esa entidad cubierta puede condicionar el tratamiento, la inscripción al plan de salud o la elegibilidad de beneficios sobre la falta de obtención de dicha autorización. Una entidad cubierta puede condicionar el tratamiento, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad de beneficios con la provisión de una autorización de la siguiente manera:
  - i. para realizar tratamientos relacionados con la investigación,,
  - ii. para obtener información en relación con las determinaciones de elegibilidad o inscripción de un plan de salud relacionadas con el individuo o para sus determinaciones de calificación de riesgo o suscripción, o
  - iii. para crear información médica para proporcionar a un tercero o para divulgar la información médica a dicho tercero. Sin embargo, bajo ninguna circunstancia se podrá exigir a una persona que autorice la divulgación de notas de psicoterapia..
- (7) El solicitante debe completar esta sección del formulario.