

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Este formulario cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996 y sus normas de privacidad. Asimismo describe el propósito de este formulario y cómo se puede utilizar su información médica.

OBJETIVO(S) PRINCIPAL(ES): Este formulario permite a Vida Care solicitar, usar o compartir su información médica protegida (PHI).

USO(S) RUTINO(S): Con su autorización, Vida Care puede compartir su información médica con usted o con terceros **dentro de 3 a 5 días hábiles**. Esto puede ser por razones personales, seguros, atención médica continua, escuela, asuntos legales u otros fines que especifique a continuación.

PUBLICACIÓN: Es voluntario. Si no firma el formulario de autorización, no se compartirán sus registros médicos.

Nombre del cliente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

- ☐ Soy el cliente y autorizo el uso de publicación de mi información de salud.
- ☐ Soy el representante del cliente y tengo la autoridad para actuar en nombre de mi cliente.

Al firmar este formulario, autorizo la publicación de información médica, incluida la información médica protegida. Autorizo a Vida Care a:

revelar a	obtener de
Por favor ingrese	Por favor ingrese
Nombre del proveedor	Nombre del proveedor y
& contacto	contacto
información	información

LA INFORMACIÓN PUEDE SER PUBLICADA POR: Vida Care y cualquier plan de salud, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro médico, proveedor de atención médica que haya proporcionado pago, tratamiento o servicios a mí o en mi nombre.

INFORMACIÓN A PUBLICAR:

_____ Registros médicos generales, incluida la tuberculosis _____ Notas de progreso _____ Consultas _____ Historial y resultados físicos

_____ Vacunas _____ Planificación familiar _____ Registros prenatales _____ Informes de pruebas diagnósticas

Especifique el tipo de prueba(s): _____

_____ Otro: _____ Especifique las fechas del servicio: _____

PROPÓSITO DE LA PUBLICACIÓN:

- ☐ Tratamiento ☐ Uso personal ☐ Facturación/Pago ☐ Continuidad de la atención ☐ Otro (especificar)

FECHA DE EXPIRACIÓN: Su autorización expirará (fecha) _____ si la fecha no es especificada, esta autorización caducará en doce (12) meses desde la fecha en que se firmó.

REPUBLICACION: Entiendo que una vez que la información medica solicitada es compartida, ella puede ser divulgada y no protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.

ACONDICIONAMIENTO: Entiendo que completar este formulario de autorización es voluntario y que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios no pueden condicionarse a si firmo o no esta autorización.

REVOCACIÓN: Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, comprendo que debo hacerlo por escrito y que debo presentar mi revocación al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

TARIFAS POR COPIAS: Entiendo que las leyes federales y estatales permiten que se cobren ciertas tarifas por la copia de registros de pacientes y que se me pueden cobrar en conformidad con dichas leyes.

Solicito y autorizo la divulgación de la información descrita anteriormente.

Firma del paciente/tutor/cuidador: _____

Fecha: _____

Nombre impreso del paciente/tutor/cuidador: _____

Relación con el cliente: _____

Testigo (opcional): _____

Fecha: _____