

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Por favor complete todas las secciones de este formulario de liberación de HIPAA. Si alguna sección se deja en blanco, este formulario no será válido y no será posible que su información de salud se comparta según lo solicitado.

**Sección I - Autorización**

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi permiso para \_\_\_\_\_  
compartir la información que figura en la Sección II de este documento con la (s) persona (s) u  
organización (s) que he especificado en la Sección IV de este documento.

**Sección II - Información de Salud**

Me gustaría dar permiso a la organización de salud anterior para:

☐ Revelar mi registro de salud completo, que incluye, entre otros, diagnóstico, resultados de pruebas de laboratorio, tratamiento y registros de facturación para todas las condiciones.  
O

☐ Revelar mi historial médico completo, excepto por la siguiente información:

- ☐ Registros de salud mental
- ☐ Enfermedades transmisibles que incluyen, pero no se limitan a, VIH y SIDA
- ☐ Revelar registros de tratamiento de abuso de alcohol / drogas
- ☐ Información genética
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Forma de revelación de información:

- ☐ Copia electrónica o acceso a través de un portal en el internet.
- ☐ Copia en papel.

**Sección III - Motivo por el cual se está revelando la información**

Por favor, detalle las razones por las que se comparte la información. Si está iniciando la solicitud de compartir información y no desea enumerar las razones para compartirla, escriba "solicitud propia".

---

---

---

---

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

**Sección IV - Quién puede recibir mi información de salud**

Doy mi autorización para que la información de salud que se detalla en la sección II de este documento se comparta con la (s) siguiente (s) persona (s) u organización (es):

Nombre: \_\_\_\_\_

Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Entiendo que la (s) persona (s) / organización (es) enumerada (s) arriba puede no estar cubierta por las reglas estatales / federales que rigen la privacidad y seguridad de los datos y se le puede permitir compartir más la información que se les proporciona.

**Section V – Duración de esta Autorización**

Esta autorización para compartir mi información de salud es válida:

- ☐ Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_
- ☐ Todos los períodos pasados, presentes y futuros.
- ☐ La fecha de la firma en la sección VI hasta el siguiente evento.: \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo revocar esta autorización para compartir mis datos de salud en cualquier momento y puedo hacerlo mediante el envío de una solicitud por escrito a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Entiendo que:

- En el caso de que mi información ya haya sido compartida para cuando se revoque mi autorización, puede ser demasiado tarde para cancelar el permiso para compartir mis datos de salud.
- Entiendo que no necesito dar ningún otro permiso para que la información detallada en la Sección II se comparta con la (s) persona (s) u organización (s) enumerada (s) en la Sección IV.
- Entiendo que no firmar o enviar esta autorización o la cancelación de esta autorización no me impedirá recibir ningún tratamiento o beneficios a los que tengo derecho, siempre que esta información no sea necesaria para determinar si soy elegible para recibir esos tratamientos. o beneficios o para pagar los servicios que recibo.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Sección VI - Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (Escriba)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

Si una persona con autoridad legal está completando este formulario para actuar en nombre de una persona, como un padre o tutor legal de un menor o un agente de atención médica, complete la siguiente información:

Nombre de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Describa a continuación cómo esta persona tiene autoridad legal para firmar esto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_