



13000 Harbor Center Dr, #202, Woodbridge, VA, 22192  
T 703-955-5355 F 703-955-5348

# Formulario de Autorización de Privacidad HIPAA

## Autorización para Uso o Divulgación de Salud Protegida Información

(Requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos, 45 CFR Partes 160 y 164)

### 1. Autorización

Yo \_\_\_\_\_ autorizo \_\_\_\_\_ (proveedor de atención médica) para usar y divulgar la información de salud protegida que se describe a \_\_\_\_\_ (persona que busca la información).

### 2. Período Efectivo

Esta autorización de divulgación de información cubre el período de atención médica desde:

a.  \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

\*\*0\*\*

b.  Todos los períodos pasados, presentes y futuros.

### 3. Alcance de la Autorización

a.  Yo utorizo la divulgación de mi expediente médico completo (incluidos los expedientes relacionados con la atención de la salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA, y tratamiento del abuso de alcohol o drogas).

\*\*0\*\*

b.  Yo autorizo la divulgación de mi expediente médico completo con la excepción de la siguiente información:

Registros de salud mental

Enfermedades transmisibles (incluido el VIH y el SIDA)

Tratamiento por abuso de Alcohol/Drogas

Otro (especifique): \_\_\_\_\_



13000 Harbor Center Dr, #202, Woodbridge, VA, 22192  
T 703-955-5355 F 703-955-5348

## Formulario de Autorización de Privacidad HIPAA

Esta información médica puede ser utilizada por la persona autorizada para recibir esta información para tratamiento o consulta médica, facturación o pago de reclamos, u otros fines que se indiquen.

Esta autorización estará en vigor y en efecto hasta el \_\_\_\_\_ (fecha o evento), en cuyo momento vence esta autorización.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya actuado basándose en mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene el derecho legal de impugnar un reclamo.

Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a que firme esta autorización.

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

---

Signatura del paciente o representante personal

---

Nombre impreso del paciente o representante personal y su relación con el paciente

---

Fecha