



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 autorizo 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