

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

La Ley de responsabilidad y transferibilidad de los seguros médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) exige que sus proveedores de atención médica tengan una autorización firmada para poder dar a conocer información o registros médicos por otras razones que no sean tratamiento, pago y actividades de atención médica. Es necesario emplear este formulario porque la ley exige que se proporcione información específica antes de que puedan darse a conocer sus registros.

A fin de procesar su solicitud, por favor:

- Use un formulario para cada proveedor médico a quien le esté solicitando registros
- Complete este formulario en su totalidad, siguiendo las indicaciones que se dan más abajo
- Firme el formulario e indique la fecha

**INSTRUCCIONES:** Cada número corresponde a una casilla en el formulario de autorización.

Sección A

(1) Escriba el nombre completo del paciente.

(2) Escriba la fecha de nacimiento del paciente.

(3) Escriba el número de seguro social del paciente.

(4a-b) Escriba el nombre y la dirección del Proveedor. *El Proveedor es el hospital, el médico u otro profesional de atención médica a quien le está solicitando que proporcione la información del paciente. Indique una dirección completa.*

(5a-e) Escriba el nombre y la dirección del Destinatario. *El Destinatario es la persona a quien se enviará la información del paciente. Indique una dirección completa.*

(6) Escriba la fecha de vencimiento de su solicitud. *Debe ser una fecha específica o un evento, tal como "pasado un año a partir de la fecha de esta autorización" o "cuando el menor alcance la mayoría de edad" o "al finalizar la inscripción en el plan de salud". Indique una fecha o un evento, pero no ambas cosas.*

(7) Indique el propósito de la divulgación (para qué hace su solicitud). *Las razones podrían ser "representación legal", "continuidad de la atención", "estudio de investigación", "por solicitud de la persona", por ejemplo.*

(8) Responda la pregunta "¿Es esta solicitud para notas de psicoterapia?" *Si responde "Sí", entonces, deberá completar una autorización separada para la divulgación de cualquier otra información. Si responde "No", puede marcar la casilla situada junto a cada tipo de información que está autorizando que se dé a conocer y la fecha del servicio, o el intervalo de fechas, para cada tipo.*

(9) Indique su reconocimiento.

Sección B

(10) Lea los puntos 1 a 6 atentamente para asegurarse de comprender los derechos que le otorga esta Autorización.

(11) Le pregunta si esta solicitud es para fines de marketing. Si no lo es, pase a la Sección C. Si lo es, el proveedor de atención médica o el representante del plan de salud debe completar la Sección B.

(12) El paciente debe firmar el formulario, escribir su nombre en letra de imprenta y colocar la fecha (12a, b, c). Si es otra persona diferente del paciente quien firma la autorización, debe incluirse (12d) una descripción de la relación que esa persona tiene con el paciente, o de cuál es su autoridad para actuar en nombre del paciente. Por ejemplo:

Sección C

• *Si el paciente es un adulto o menor emancipado, el representante personal será una persona con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre del paciente, según se confiera en un poder médico legal expedido por un abogado, un poder general expedido por un abogado o se trate de un tutor legal designado por un tribunal.*

• *Si el paciente es un menor, el representante personal será un padre, tutor u otra persona que actúa como responsable del menor, que tiene la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre del menor.*

• *Si el paciente ha fallecido, el representante legal será una persona con la autoridad legal para actuar en nombre del difunto o de su patrimonio, tal como un administrador de la herencia, el familiar más cercano u otro integrante de la familia que tenga un poder legal permanente.*