

Autorización para el Uso o Divulgación de Información Médica Protegida

*** Requerido por la ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA)**

1. Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____

Dirección del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Numero ID del Plan: _____

2. Autorización

Autorizo **InsuranceTPA.com Administradores** para utilizar y revelar la información de salud protegida descrita a continuación al siguiente individuo(s):

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

3. Propósito

Por favor marque todo lo que aplique:

- Investigación legal/acción Personal/Relación: _____ Otros: _____

4. Fechas de la Información a Divulgar

Esta autorización para la divulgación de la información cubre el período de la atención médica de:

- _____ a _____
 Todos los períodos pasados, presentes y futuros.

5. Información que se Divulgará

Autorizo la siguiente información a ser divulgada (Debe seleccionar una de las siguientes):

- Todos mis antecedentes médicos y de salud protegidos; incluyendo información y/o registros relativos a la salud, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA, y tratamiento de alcohol o abuso de drogas.
 Toda mi información protegida sobre salud e historia clínica, con la excepción de la siguiente información:
 Salud mental
 Enfermedades transmisibles (incluyendo el VIH y el SIDA)
 Tratamiento para el abuso de alcohol y drogas
 Otros (Por favor especifique): _____

6. Expiración

Esta autorización estará en vigor y será efectiva hasta _____ (Fecha), momento en el que esta autorización expira.

NOTA: Si se deja en blanco, esta autorización caducará en un (1) año a partir de la fecha firmada.

7. Sus Derechos con Respecto a esta Autorización

- Entiendo que esta información médica puede ser utilizada por la persona que autorizo para recibir esta información para tratamiento médico o consulta, pago de facturas o reclamaciones, u otros propósitos que yo pueda dirigir.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Sin embargo, dicha revocación debe hacerse por escrito y no se aplicará a ninguna información ya publicada bajo cobertura separada y bajo los términos de esta autorización.
- Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.
- Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no serán condicionados en si firmo esta autorización.

Los Administradores de InsuranceTPA.com están obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica. También se requiere que nosotros le proporcionemos este aviso de nuestros deberes legales y nuestras prácticas de privacidad con respecto a su información de salud.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Imprima el Nombre y Relación del Representante Legal con el Paciente (Si Corresponde)