

**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)