

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

En **Cigarroa Clinic**, proteger su información de salud es vital para nosotros. Por favor, revise y complete este formulario para autorizar la divulgación de su información de salud protegida, según lo exige HIPAA y la ley de Texas. Recuerde, firmar este formulario no es una condición para recibir tratamiento, ni afecta su pago, inscripción o elegibilidad para beneficios. Manejamos su información con los más altos estándares de confidencialidad y cumplimiento legal.

NOMBRE DEL PACIENTE O INDIVIDUO

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

OTRO NOMBRE USADO _____

FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ Dia _____ Año _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

TELEFONO (_____) _____ NUMERO ALT.(_____) _____

CORREO ELECTRONICO (Opcional): _____

YO AUTORIZO A LO SIGUIENTE PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DEL INDIVIDUO:

Cigarroa Clinic 1710 E. Saunders St., Tower B Laredo, TX 78041 (956) 725-1228	Cigarroa Clinic -EP 3254 Bob Rogers Dr., Suite B Eagle Pass, TX 78852 (830) 757-6761
--	---

MOTIVO DE LA DIVULGACION (Elija solo una opcion)

- Tratamiento/Atencion Medica Continua
- Uso Personal
- Facturacion o reclamaciones
- Seguro
- Fines legales
- Determinacion de discapacidad
- Escuela
- Empleo
- Otro _____

¿QUIÉNES PUEDEN RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN DE SALUD?

Nombre de la persona/organizacion _____
 Direccion _____
 Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
 Telefono (_____) _____ Fax (_____) _____

¿QUÉ INFORMACIÓN SE PUEDE DIVULGAR? Complete lo siguiente indicando los elementos que desea divulgar. Se requiere la firma de un paciente menor de edad para la liberación de algunos de estos elementos. Si se va a divulgar toda la información de salud, marque solo la primera casilla

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Toda la informacion de salud | <input type="checkbox"/> Historia/examen fisico | <input type="checkbox"/> Medicamentos actuales o previos | <input type="checkbox"/> Informes de patologia |
| <input type="checkbox"/> Ordenes del medico | <input type="checkbox"/> Alergias de paciente | <input type="checkbox"/> Reportes operativos | <input type="checkbox"/> Informes de consulta |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Reportes de diagnositos | <input type="checkbox"/> Informes de ECGs/Cardiologia |
| <input type="checkbox"/> Reportes de lab. | <input type="checkbox"/> Informacion de facturacion | <input type="checkbox"/> Reportes de radiologia/imagenes | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Sus iniciales son necesarias para divulgar la siguiente información:

_____ Registros de salud mental (Excluyendo notas de psicoterapia) _____ Informacion genetica (incluidos los resultados de pruebas geneticas)
 _____ Registros de Abuso de Drogas, Alcohol o Sustancias _____ Resultados de la prueba de VIH/SIDA/tratamiento

PERÍODO DE VIGENCIA Esta autorización es válida hasta que ocurra lo que suceda primero: la muerte del individuo; que el individuo alcance la mayoría de edad; la retirada del permiso; o la siguiente fecha específica (opcional): Mes _____ Dia _____ Año _____

DERECHO A REVOCAR: Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento mediante un aviso por escrito en el que declare mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización nombrada en "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN DE SALUD." Comprendo que las acciones previas realizadas en dependencia de esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi información de salud no se verán afectadas.

AUTORIZACIÓN DE FIRMA: He leído este formulario y estoy de acuerdo con los usos y divulgaciones de la información como se describe. Entiendo que negarme a firmar este formulario no impide la divulgación de información de salud que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitida por ley sin mi autorización o permiso específico, incluidas las divulgaciones a entidades cubiertas según lo provisto por el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.154(c) y/o 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Entiendo que la información divulgada según esta autorización puede ser objeto de nueva divulgación por el destinatario y podría dejar de estar protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

FIRMA _____
Firma del Individuo o del Representante Legal Autorizado del Individuo

_____ **FECHA**

Nombre Impreso del Representante Legal Autorizado (si aplica): _____
 Si es representante, especifique la relación con el individuo: Padre/Madre Tutor legal Otro _____

La firma de un individuo menor de edad es requerida para la liberación de ciertos tipos de información, incluyendo, por ejemplo, la liberación de información relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, y el tratamiento del abuso de drogas, alcohol o sustancias, y tratamiento de salud mental (Véase, por ejemplo, Código de Familia de Texas § 32.003)

FIRMA _____
Firma del Menor Individuo

_____ **FECHA**

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Desarrollado para el Código de Salud y Seguridad de Texas, Sección 181.154(d), efectivo desde junio de 2013.

El Procurador General de Texas ha adoptado una Autorización estándar para Divulgar Información de Salud Protegida de acuerdo con el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.154(d). Este formulario está destinado para su uso en el cumplimiento de los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud y las Normas de Privacidad (HIPAA) y la Ley de Privacidad Médica de Texas (Código de Salud y Seguridad de Texas, Capítulo 181). Las Entidades Cubiertas pueden usar este formulario u otro que cumpla con HIPAA, la Ley de Privacidad Médica de Texas y otras leyes aplicables.

Las entidades cubiertas, tal como se define en HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.001, deben obtener una autorización firmada del individuo o del representante legal autorizado del individuo para divulgar electrónicamente la información de salud protegida de ese individuo. No se requiere autorización para divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica, la realización de ciertas funciones de seguros o según lo pueda autorizar la ley. (Cód. de Salud y Seguridad de Tex. §§ 181.154(b),(c), § 241.153; 45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1); 164.506, y 164.508).

La autorización proporcionada mediante el uso del formulario significa que la organización, entidad o persona autorizada puede divulgar, comunicar o enviar la información de salud protegida del individuo nombrado a la organización, entidad o persona identificada en el formulario, incluyendo mediante el uso de cualquier medio electrónico.

Definiciones - En el formulario, los términos "tratamiento", "operaciones de atención médica", "notas de psicoterapia" e "información de salud protegida" son los definidos en HIPAA (45 CFR 164.501). El término "representante legalmente autorizado", tal como se utiliza en el formulario, incluye a cualquier persona autorizada para actuar en nombre de otra persona. (Código de la Región de Texas § 151.002(6); Código de Salud y Seguridad de Texas §§ 166.164, 241.151; y Código de Sucesiones de Texas § 3(aa)).

Información de salud que se divulgará - Si se selecciona "Toda la información de salud" para su divulgación, la información de salud incluye, pero no se limita a, todos los registros y otra información relacionada con el historial de salud, el tratamiento, la hospitalización, las pruebas y la atención ambulatoria, y también los registros educativos que pueden contener información de salud. Como se indica en el formulario, se requiere una autorización específica para la divulgación de información sobre ciertas condiciones sensibles, que incluyen:

- Registros de salud mental (excluyendo las "notas de psicoterapia" según se define en HIPAA en 45 CFR 164.501).
- Antecedentes penales por abuso de drogas, alcohol o sustancias.
- Registros o pruebas relacionadas con el VIH/SIDA.
- Enfermedades o pruebas genéticas (hereditarias) (excepto en los casos en que lo prohíba el Título 45 § 164.502 del C.F.R.).

Nota sobre la divulgación de registros de salud: este formulario no es necesario para la divulgación permisible de la información médica protegida de una persona a la persona o al representante legalmente autorizado de la persona. (45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1)(i), 164.524; Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.102). Si solicita una copia de los registros de salud de la persona con este formulario, las leyes estatales y federales permiten dicho acceso, a menos que el médico o proveedor de salud mental determine que dicho acceso es perjudicial para la salud física, mental o emocional de la persona. (Código de Salud y Seguridad de Texas §§ 181.102, 611.0045(b); Código de Salud y Seguridad de Texas § 159.006(a); 45 C.F.R. § 164.502(a)(1)). Si se especifica un proveedor de atención médica en la sección "Quién puede recibir y usar la información de salud" de este formulario, entonces el permiso para recibir información de salud protegida también incluye a los médicos, otros proveedores de atención médica (como enfermeras y personal médico) que participan en la atención médica de la persona en las instalaciones de esa entidad o en el consultorio de esa persona. y los proveedores de atención médica que cubren o están de guardia para la persona u organización especificada, y los miembros del personal o los agentes (como asociados comerciales u organizaciones de servicios calificados) que llevan a cabo actividades y fines permitidos por la ley para esa entidad u organización especificada. Si se especifica una entidad cubierta que no sea un proveedor de atención médica, entonces el permiso para recibir información médica protegida también incluye al personal o a los agentes y subcontratistas de esa organización que llevan a cabo actividades y fines permitidos por este formulario para esa organización. Las personas pueden tener derecho a restringir ciertas divulgaciones de información médica protegida relacionadas con servicios pagados en su totalidad por la persona (45 C.F.R. § 164.522(a)(1)(vi)).

Autorizaciones con fines de venta o comercialización - Si esta autorización se realiza con fines de venta o comercialización y la entidad protegida recibirá una remuneración directa o indirecta de un tercero en relación con el uso o divulgación de la información de la persona para fines de comercialización, la autorización debe indicar claramente a la persona que dicha remuneración está involucrada. (Código de Salud y Seguridad de Texas §181.152, .153; 45 C.F.R. § 164.508(a)(3), (4)).

Limitaciones de este formulario: este formulario de autorización no se utilizará para la divulgación de ninguna información de salud en relación con: (1) la inscripción en un plan de beneficios de salud y/o determinaciones de inscripción relacionadas (45 C.F.R. § 164.508(b)(4)(ii), .508(c)(2)(ii); (2) notas de psicoterapia (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(ii); o con fines de investigación (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(i)). **El uso de este formulario no exime a ninguna entidad del cumplimiento de las leyes o regulaciones federales o estatales aplicables con respecto al acceso, uso o divulgación de información de salud u otra información personal confidencial (por ejemplo, 42 CFR Parte 2, que restringe el uso de información relacionada con el abuso y tratamiento de drogas / alcohol), y no da derecho a una entidad o sus empleados, agentes o cesionarios a cualquier limitación de responsabilidad por actos u omisiones en relación con el acceso, uso o divulgación de la información de salud obtenida a través del uso del formulario.**

Cargos : algunas entidades cubiertas pueden cobrar una tarifa de recuperación/procesamiento y por copias de registros médicos. (Código de Salud y Seguridad de Texas § 241.154).

Derecho a recibir una copia: la persona y/o su representante legalmente autorizado tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.