



## AUTORIZACIÓN

---

### **SECCIÓN A: Persona que autoriza el uso y/o la divulgación.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de identificación de miembro: \_\_\_\_\_

### **SECCIÓN B: Se autoriza el uso y/o la divulgación.**

Información Médica Protegida a ser usada y/o divulgada: **{Describe específicamente la información médica protegida a ser usada y/o divulgada}**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marque la casilla si esta autorización es para notas de psicoterapia.

**Si esta autorización es para notas de psicoterapia, usted *no* debe usarla como una autorización para ningún otro tipo de información médica protegida.**

Entidades o personas autorizadas a usar o divulgar la información: **{Nombre o describa específicamente las personas y organizaciones (o las clases de personas y organizaciones), incluyéndonos a nosotros, que están autorizados a usar y divulgar la información médica protegida descrita anteriormente}.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entidades o personas autorizadas a recibir la información: **{Nombre o identifique específicamente las personas y organizaciones (o las clases de personas y organizaciones), incluyéndonos a nosotros, que están autorizados a recibir y subsecuentemente usar y divulgar la información médica protegida descrita anteriormente}.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Propósito de esta autorización:

- Por pedido de la persona.
- Para los propósitos siguientes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sin condiciones: Esta autorización es voluntaria. No condicionaremos su inscripción en un plan médico, su elegibilidad para los beneficios o el pago de reclamaciones en que nos otorgue esta autorización.

Efecto de otorgar esta autorización: La información médica protegida que se utiliza o divulga puede estar sujeta a ser nuevamente divulgada por el receptor, en cuyo caso puede dejar de estar protegida bajo la Regla de Privacidad de HIPAA.

**SECCIÓN C: Vencimiento y revocación.**

Vencimiento: Esta autorización vencerá (complete uno):

- El \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Al ocurrir lo siguiente (lo cual debe relacionarse con la persona o el propósito del uso y/o la divulgación que se está autorizando):

---

---

Derecho de anulación: Entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento notificando por escrito mi anulación a la Oficina listada abajo. Entiendo que la anulación de esta autorización no afectará ninguna medida que usted tomó antes de recibir mi notificación de anulación por escrito, confiando en esta autorización.

Oficina a contactar: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**FIRMA DE LA PERSONA.**

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido completa oportunidad de leer y considerar los contenidos de esta autorización y entiendo que, al firmar este formulario, confirmo mi autorización para usar y divulgar mi información médica protegida, como se describió en este formulario.

Nombre (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si esta autorización es firmada por un representante personal (p. ej., con **Autoridad Legal** para actuar en nombre de la persona), complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con la persona: \_\_\_\_\_

**USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN  
DESPUÉS DE FIRMARLA**