



AUTORIZACIÓN HIPAA PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Fecha: ____ de _____ de 20 ____

- I. **EL PACIENTE.** Este formulario se utilizará cuando se requiera dicha autorización y se cumplan las Normas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social o ID de MA: _____

- II. **AUTORIZACIÓN.** Autorizo a cualquier plan de salud, médico, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro médico u otro proveedor de atención sanitaria que me haya proporcionado pago, tratamiento o servicios, o que los haya proporcionado en mi nombre ("Parte Autorizada") a utilizar o divulgar lo siguiente:

Cualquier información médica necesaria para verificar que he recibido los servicios médicos para los fines que se describen a continuación

En lo sucesivo, "Registros Médicos".

- III. **DIVULGACIÓN.** La Parte Autorizada tiene mi autorización para divulgar mis Registros Médicos a:

Nombre: **BUCKS COUNTY TRANSPORT**

Dirección: **PO BOX 510, HOLICONG, PA. 18928**

Teléfono: 215 794 5554 FAX 215 794 5564

Correo electrónico: ltriolo@bctransport.org

- IV. **FINALIDAD.** El motivo de esta autorización es:

Verificar la asistencia a la cita para servicios médicos para la que recibió transporte a través del Programa de Transporte de Asistencia Médica (MATP).

- V. **TERMINACIÓN.** Esta autorización terminará:

Al enviar una revocación por escrito a la parte autorizada.

- VI. **RECONOCIMIENTO DE DERECHOS.**

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito y en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan hecho usos o divulgaciones sobre la base de mi permiso original. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su finalidad era obtener un seguro.

Entiendo que los usos y divulgaciones ya realizados sobre la base de mi permiso original no se pueden revocar.

Entiendo que es posible que un destinatario de mis Registros Médicos o de mi información utilizada o divulgada con mi permiso puede volver a divulgarla y que tal información puede ya no estar protegida por las Normas de Privacidad de la HIPAA.



Entiendo que el tratamiento realizado por cualquier parte no puede estar condicionado a mi firma de esta autorización (a menos que el tratamiento se realice solo para crear Registros Médicos para un tercero o para participar en un estudio de investigación) y que puedo tener derecho a negarme a firmar esta autorización.

Recibiré una copia de esta autorización después de firmarla. Las copias de esta autorización tienen la misma validez que la original.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre: _____

(SI EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR, UTILICE LA ZONA DE FIRMA DE ABAJO) El paciente no puede firmar debido a: (marque una opción)

- ☐ - **Es menor de edad.** El paciente tiene ____ años y es considerado menor de edad según la ley estatal.
- ☐ - **Está incapacitado.** El paciente está incapacitado debido a: _____
- ☐ - **Otro motivo:** _____

Firma del Representante: _____ **Fecha:** _____

Nombre: _____

Relación con el Paciente: ☐ Padre ☐ Cónyuge ☐ Tutor ☐ Otro: _____



CONSENTIMIENTO ADICIONAL PARA CIERTAS CONDICIONES

- I. **INFORMACIÓN SENSIBLE.** Este historial médico puede contener información sobre abusos físicos o sexuales, alcoholismo, drogadicción, enfermedades de transmisión sexual, abortos o tratamientos de salud mental. Se debe dar un consentimiento por separado antes de divulgar esta información.

(marque una opción)

☐ - **Doy mi consentimiento** para que se divulgue la información anterior.

☐ - **No doy mi consentimiento** para que se divulgue la información anterior.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

- II. **VIH/SIDA.** Este historial médico puede contener información relativa a la prueba del VIH y/o al diagnóstico o tratamiento del SIDA. Se debe dar un consentimiento por separado para que se divulgue esta información.

(marque una opción)

☐ - **Doy mi consentimiento** para que se divulgue la información anterior.

☐ - **No doy mi consentimiento** para que se divulgue la información anterior.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre: _____