



## Formulario de autorización de privacidad de HIPAA

Autorización para el uso o la divulgación de información médica protegida  
Requeridos por las Normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y  
Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability  
and Accountability Act of 1996, HIPAA)

Nombre en letra de imprenta del afiliado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Yo, el afiliado o el representante autorizado del afiliado, autorizo a **HEALTHMAP SOLUTIONS** a utilizar y/o divulgar la información médica protegida que se describe a continuación a (el "Receptor"):

\_\_\_\_\_  
*Nombre en letra de imprenta* *Número de teléfono*

\_\_\_\_\_  
*Dirección* *Ciudad* *Estado* *Código postal*

La autorización cubre, usa y divulga la siguiente información médica: (marcar una opción)

- Todos los períodos pasados, presentes y futuros,
- Por el período de atención médica desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_,
- Mi información médica relacionada con el siguiente tratamiento o enfermedad: \_\_\_\_\_

### Consentimiento adicional para determinadas enfermedades

El presente expediente médico puede contener información **sobre abuso físico o sexual, alcoholismo, abuso de drogas, enfermedades de transmisión sexual, aborto o tratamiento de salud mental. Se debe dar un consentimiento por separado antes de que se divulgue esta información.**

- Doy mi consentimiento para que se divulgue la información siguiente:
  - Abuso físico o sexual
  - Alcoholismo, drogas y sustancias
  - Enfermedades de transmisión sexual
  - Aborto
  - Tratamiento de salud mental
  - Información genética, incluidos los resultados de pruebas genéticas
- No doy mi consentimiento para que se divulgue información relacionada con determinadas afecciones.

## Consentimiento adicional para VIH/SIDA

El presente expediente médico puede contener información sobre **pruebas de VIH y/o diagnóstico o tratamiento del SIDA**. Se debe dar un consentimiento por separado para que se divulgue esta información.

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

El Receptor podrá usar esta información médica para tratamiento médico o consulta, facturación o pago de reclamos, u otros fines que yo disponga.

1. Esta autorización estará en pleno vigor y efecto hasta \_\_\_\_\_,  
*Fecha en que expirará la autorización*  
*O de un acontecimiento de la vida, como un fallecimiento.*
2. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, mediante el envío de un correo electrónico a [compliance@healthmapsolutions.com](mailto:compliance@healthmapsolutions.com). Comprendo que la revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya obrado de acuerdo con mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener la cobertura del seguro y la aseguradora tiene derecho legal a impugnar una reclamación.
3. Comprendo que mi tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados al hecho de que firme esta autorización.
4. Comprendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada por el Receptor y ya no estará protegida por las leyes federales o estatales.
5. Recibiré una copia de esta autorización después de haberla firmado. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

### **Para afiliados de California y Texas ÚNICAMENTE:**

*Si el afiliado reside en California o Texas, o si el tratamiento se prestó en California o Texas, complete la siguiente sección. La divulgación se limitará a los siguientes tipos de información:*

- Registro completo, sin limitación**
- Órdenes del proveedor
- Notas del progreso
- Antecedentes/Examen físico
- Alergias del afiliado
- Diagnóstico
- Medicamentos pasados/presentes
- Historia social
- Plan de tratamiento individual
- Información legal
- Evaluaciones médicas (p. ej., electrocardiograma)
- Resultados de laboratorio y pruebas



- Información de facturación
- Otra (especifique): \_\_\_\_\_

AUTORIZACIÓN DE FIRMA para afiliados de Texas: 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 detiene la divulgación de información médica que haya ocurrido antes de la revocación o que de otra manera esté permitida por la ley sin mi autorización o permiso específicos, incluidas las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.154(c) y/o 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Comprendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y ya no estará protegida por las leyes federales o estatales.

**FIRMA**

<b>Firma del afiliado</b>	<b>Nombre del afiliado en letra de imprenta</b>	<b>Fecha</b>
(La persona sobre la que trata la información)		

O

Si una **persona sin facultad legal para actuar en nombre del afiliado** está llenando este formulario porque el afiliado es analfabeto o está incapacitado, complete la siguiente información:

O

<b>Firma o marca en nombre del afiliado</b>	<b>Nombre en letra de imprenta de la persona que actúa en nombre del afiliado</b>	<b>Fecha</b>
---	---	--------------

O

Si una **persona con facultad legal para actuar en nombre del afiliado**, como un padre, una madre o tutor legal, un representante de atención médica o una persona que actúa en virtud de un poder notarial u orden judicial, está llenando este formulario, complete la siguiente información:

<b>Firma de la persona con facultad legal</b>	<b>Nombre en letra de imprenta de la persona con</b>	<b>Fecha</b>
---	--	--------------

Describa la facultad legal de esta persona para firmar en nombre del afiliado:

---



---



---



Si cree que Healthmap Solutions Inc. no ha preservado su información médica protegida o tiene una pregunta o inquietud que le gustaría que Healthmap abordara, informe al funcionario de privacidad escribiendo a Privacy Officer at Healthmap Solutions Inc., 4631 Woodland Corporate Blvd, Suite 201, Tampa, FL 33614, o por correo electrónico a [compliance@healthmapsolutions.com](mailto:compliance@healthmapsolutions.com) y/o llame al 1-877-546-7004 o si usa un **TTY**, llame al **711**.