



Formulario de autorización de privacidad conforme a HIPAA

Autorización para el uso o la divulgación de información médica protegida Requerida por las normas de privacidad de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA)

Nombre del afiliado, en letra imprenta: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____

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

Nombre, en letra imprenta

Núm. de teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Para usar o divulgar la siguiente información médica (marque una):

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

Consentimiento adicional en relación con determinadas afecciones

El presente expediente médico podría contener información **sobre abuso físico o sexual, alcoholismo, abuso de drogas, enfermedades de transmisión sexual, abortos o tratamiento de salud mental. Se necesita un consentimiento aparte para poder divulgar esta información.**

- Presto mi consentimiento para que se divulgue la siguiente información.
 - Abuso físico o sexual
 - Alcoholismo, drogas y sustancias
 - Enfermedades de transmisión sexual
 - Aborto
 - Tratamiento de salud mental
 - Información genética, incluyendo los resultados de pruebas genéticas
- No doy mi consentimiento para que se divulgue información sobre estas determinadas condiciones.

Consentimiento adicional en relación con el VIH/SIDA

El presente expediente médico podría contener información sobre **pruebas de VIH o diagnóstico o tratamiento contra el SIDA**. Se necesita un consentimiento aparte para divulgar esta información.

- Presto mi consentimiento para que se divulgue la información anterior.
- No presto mi consentimiento para que se divulgue la información anterior.

La persona a quien autorizo a recibir esta información médica podrá utilizarla para fines de tratamiento médico o consultas, facturación o pago de reclamaciones u otros fines que yo indique.

1. La presente autorización tendrá plena vigencia hasta _____, la fecha de vencimiento.
Fecha o evento
2. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que la revocación no tendrá validez en la medida en que cualquier persona o entidad haya obrado basándose en mi autorización o si se obtuvo mi autorización como condición para obtener cobertura de algún seguro y la aseguradora tiene derecho legal a impugnar las reclamaciones.
3. Comprendo que mi tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a que firme esta autorización.
4. Entiendo que el receptor de esta autorización podrá divulgar a terceros la información que utilice o revele en virtud de esta y, en ese caso, la información podría perder la protección de las leyes federales o estatales.
5. Recibiré una copia de esta autorización después de haberla firmado. Las copias de esta autorización tendrán la misma validez que el documento original.

Firma del afiliado o del representante personal

Fecha

*Nombre del afiliado o del representante personal,
en letra de imprenta*

Relación con el afiliado



Si el afiliado es menor O no puede firmar, llene la sección a continuación:

- El afiliado es menor: _____ años
- El afiliado no puede firmar porque: _____

Firma del representante autorizado: _____

Fecha: _____

Nombre del representante autorizado, en letra imprenta: _____

Facultad del representante para firmar en nombre del afiliado:

- Padre/madre
- Tutor
- Orden judicial
- Poder notarial
- Otra: _____

Para afiliados de California y Texas: *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 sobre el progreso
- Historial/Examen físico
- Alergias del afiliado
- Diagnóstico
- Medicamentos pasados/presentes
- Historial social
- Plan de tratamiento individual
- Información legal
- Evaluaciones médicas (por ejemplo, ECG)
- Resultados de laboratorio y pruebas
- Información de facturación
- Otro (especifique): _____



AUTORIZACIÓN DE FIRMA para afiliados de Texas: He leído este formulario y estoy de acuerdo con los usos y divulgaciones de la información, según descrito. 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 específico, incluyendo las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.154(c) o 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Entiendo que el receptor de esta autorización podrá divulgar a terceros la información que utilice o revele en virtud de esta y, en ese caso, la información podría perder la protección de las leyes federales o estatales.

Si considera que Healthmap Solutions Inc. no ha protegido su información médica protegida (*protected health information*, PHI) o tiene preguntas o inquietudes que le gustaría que abordara Healthmap, notifíquelo al funcionario de privacidad, por escrito, a Privacy Officer en Healthmap Solutions Inc., 4631 Woodland Corporate Blvd, Suite 201, Tampa, FL 33614, por correo electrónico a: compliance@healthmapsolutions.com llame al 1-939-303-2143 o si usa un **TTY**, llame a **711**.