



# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

## SECCIÓN A: EL INDIVIDUO AUTORIZA EL USO O LA DIVULGACIÓN.

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Identificación de solicitud/Identificación del Fondo de Atención Médica de CCPU:

\_\_\_\_\_

## SECCIÓN B: EL USO Y LA DIVULGACIÓN QUE SE AUTORIZA.

Información médica protegida (PHI) a utilizar o divulgar: **[Describir específicamente la PHI a utilizar o divulgar]**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verificar si esta autorización es para notas de psicoterapia

**Si esta autorización es para notas de psicoterapia, no debe utilizarla como una autorización para otro tipo de PHI.**

Entidades o personas autorizadas a utilizar o divulgar: **[Nombre o describa específicamente a las personas u organizaciones (o la clase de personas u organizaciones), incluyéndonos, que están autorizadas a utilizar o divulgar la PHI descrita anteriormente]**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Entidades o personas autorizadas a recibir: [Nombre o identifique específicamente a las personas u organizaciones (o la clase de personas u organizaciones), incluyéndonos, que están autorizados a recibir y consecuentemente emplear o divulgar la PHI descrita anteriormente]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Propósito de esta autorización:

Por solicitud del individuo.

Por los siguientes propósitos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sin condiciones: Esta autorización es voluntaria. No condicionaremos su inscripción en un plan de salud, la elegibilidad para recibir beneficios o pagos de reclamos a que nos dé esta autorización.

Efecto de otorgar esta autorización: La PHI utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor, en tal caso puede no estar protegida por la ley estatal o federal aplicable.



**SECCIÓN C: VENCIMIENTO Y REVOCACIÓN.**

Vencimiento: Esta autorización vencerá (completar uno):

El (fecha) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cuando se produzca el siguiente hecho (que debe estar relacionado con la persona o con la finalidad del uso o divulgación que se autoriza):

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

Derecho a la revocación: Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso escrito de mi revocación a la Oficina de contacto que se encuentra a continuación. Comprendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción realizada basándose en esta autorización antes de recibir mi notificación escrita de revocación.

Oficina de contacto: Fondo de Atención Médica de CCPU

Fax: (949) 809-8943

Dirección: P.O. Box 57027, Irvine, CA 92619

**FIRMA DEL INDIVIDUO:**

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización, y entiendo que, al firmar este formulario, estoy confirmando mi autorización para el uso o la divulgación de mi información médica protegida, tal como se describe en este formulario.

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

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

If this authorization is signed by a personal representative on behalf of the individual, complete the following:

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

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

Relación con el individuo: \_\_\_\_\_

**TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN LUEGO DE FIRMARLA.**

## Instrucciones para completar el formulario de autorización

### SECCIÓN A: EL INDIVIDUO AUTORIZA EL USO O LA DIVULGACIÓN.

Enumere la información de la persona que está autorizando el uso o divulgación de Información médica protegida (PHI).

### SECCIÓN B: EL USO Y LA DIVULGACIÓN QUE SE AUTORIZA.

1. Especifique qué PHI está autorizando a ser utilizada o divulgada. Ejemplo: Facturas de proveedores de servicios médicos, elegibilidad para un seguro actual, etc.
  - a. Si esta autorización es para notas de psicoterapia, marque el casillero en el formulario. Esto aplicará solo a las notas de psicoterapia. Si desea que se facilite cualquier otra información que no se aplique a las notas de psicoterapia, deberá presentar un formulario aparte.
2. Enumere los nombres de todas las entidades/personas a las que autoriza que podamos divulgar información.
3. Enumere los nombres de todas las entidades/personas incluyéndonos a quienes autoriza a recibir y consecuentemente utilizar o divulgar PHI.
4. Marque el casillero adecuado para indicar la razón por la cual se envía la autorización. Por petición suya o para un fin específico. Si es para un fin específico, descríbalos.

### SECCIÓN C: VENCIMIENTO Y REVOCACIÓN.

1. Marque el casillero adecuado que indique cuándo quiere que expire esta autorización: en una fecha concreta o, si es solo para un evento determinado. **Ejemplo:** Reclamos por accidente. Todas las autorizaciones tienen una duración máxima de 24 meses desde la fecha de la firma.
2. Escriba claramente con letra imprenta el nombre de **cada persona** mayor de 18 años que autoriza la divulgación de información. Cada persona también debe firmar y fechar el formulario.