

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD*La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud de 1996 45 C.F.R. § 164.508*

Nombre de la persona o grupo que divulgará la información de salud: _____

Nombre del individuo o cliente cuya información específica de salud será divulgado: _____

Describa la información protegida de salud que será divulgado en suficiente detalle para permitir al individuo que firma esto formulario y al DES identificarán claramente la información autorizada:

Nombre de la persona o grupo que recibirá la información de salud: _____

Describa el propósito específico de esta divulgación. La declaración "a solicitud del individuo" es suficiente cuando un individuo empieza la autorización:

La fecha, evento o condición de la terminación de esta autorización: _____

Si no hay una fecha ni condición de terminación especificada, esta autorización terminará un año desde la fecha de autorización.

Entiendo que puedo revocar esta autorización a cualquier momento por escrito a la persona u organismo que divulga mi información de salud que está nombrado arriba, excepto al punto en que haya sido cumplida la autorización antes del recibir la revocación escrita.

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización. Entiendo que un proveedor de cuidado de salud, o un plan de salud no puede estipular tratamiento, pago, inscripción o derecho a recibir en un plan de salud o derecho a recibir para beneficios del cuidado de salud cuando yo firme esta autorización excepto como es provisto bajo las leyes estatales y federales.

Entiendo que cuando los expedientes y la información autorizados aquí se divulgan, pueden ser divulgados de nuevo por los recipientes y no pueden ser protegidos por La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996. Sin embargo, proveedores del servicio del cuidado de salud están comprometidos por contrato a mantener la confidencialidad de la información de salud recibida, especialmente la que es relacionada a la infección de VIH, SIDA o condiciones relacionadas a la SIDA, la drogadicción, condiciones psicológicas o psiquiátricas o pruebas genéticas.

Entiendo que puedo tener una copia de esta autorización firmada si la pido.

Vea el reverso para la declaración de EOE/ADA/LEP

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 - 45 C.F.R. § 164.508

Autorizaciones:

Escriba en letra de molde el nombre completo del individuo, cliente o el representante personal

Firma del individuo o cliente o representante personal

Fecha que se firmo

Descripción de la autoridad del representante personal:

Esta autorización fue revocada o renunciada por escrito en (fecha): _____

Firma del personal

***Nota: Se Considera tan Auténtico como el Original una Facsímile o Fotocopia de esta Autorización**

[Esto formulario no es endorsado ni aprobado por cualquier organismo oficial ni entidad oficial. Se ofrece como un ejemplo básico de un formulario sumiso de HIPAA. No autoriza el uso ni la revelación de la información de la drogadicción ni la información relacionada al VIH/SIDA. El usuario de esto formulario asume toda la responsabilidad y la obligación por usarlo.]

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. Available in English on-line or at the local office.