Formulario de solicitud de autorización de privacidad de HIPAA

(SPANISH – HIPAA Privacy Authorization Request Form)

Los pacientes o sus representantes legales pueden completar este formulario y enviarlo a HME Specialists (HMES) para autorizar la divulgación de información de salud protegida (PHI) a partes designadas que no sean el paciente. Todos los campos deben completarse para que el formulario sea aprobado..

1. **Autorización**: Autorizo a HMES a utilizar y divulgar mi PHI descrita a continuación a la(s) siguiente(s) persona(s).

   Nombre: _____ **Relación:** ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Otro

   Nombre: _____ **Relación:** ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Otro

   Nombre: _____ **Relación:** ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Otro

2. **Período de vigencia**: Esta autorización para divulgar mi PHI es válida para las fechas de servicio durante el siguiente período. (Use solo fechas - mm/dd/aaaa. No use términos como: siempre, ilimitado, etc.)

   Fecha de inicio: ___/___/_____ **Fecha de finalización:** ___/___/_____

3. **Alcance de la autorización**: (Marque la casilla junto a la opción deseada/aplicable).

   ☐ Autorizo la divulgación de mi **historial médico completo**, que incluye todos los diagnósticos, tratamientos, información de pago y facturación para el período efectivo mencionado anteriormente (#2, arriba).

   ☐ Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi **diagnóstico y tratamiento**, pero excluyo la información de facturación.

   ☐ Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con consultas **de pago y facturación**, pero excluyo la información sobre diagnóstico o tratamientos médicos.

   ☐ Otro (por favor, especifique): _____

   _____

4. Esta autorización permanecerá válida desde la fecha revisada/aprobada por HMES hasta la fecha/evento especificada, después de lo cual expirará según se indica arriba (#2 y #3).
5. Esta información médica puede ser utilizada por la(s) persona(s) que autorizo a recibir esta información para tratamiento médico, consulta, facturación, pago de reclamaciones y/o cualquier otro propósito que yo pueda indicar, como se menciona arriba.
6. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito y en cualquier momento. Entiendo que esta revocación no entrará en vigor hasta que HMES reciba este aviso y procese la solicitud en mi cuenta.
7. Entiendo que mi tratamiento, pago o elegibilidad para recibir servicios de HMES no dependerá de si firmo o no esta autorización.
8. Entiendo que la información utilizada o divulgada bajo esta autorización puede perder protección legal federal y/o estatal una vez recibida por el destinatario.

Nombre del Paciente ***(IMPRESO)*** _____ **Fecha de Nacimiento del Paciente o Número de Identificación de HMES** _____

Firma del Paciente _____ **Fecha de la Firma del Paciente** _____

***Representante Personal del Paciente** – *Complete esta sección si el paciente está legalmente incapacitado o de otra manera no puede proporcionar autorización para la divulgación de su información de salud protegida (PHI) y proporcione documentos legales o judiciales relevantes autorizando la divulgación de su PHI, según lo requieran las leyes estatales y federales aplicables, incluidas, entre otras, las regulaciones de HIPAA.*

Nombre del Representante Personal del Paciente ***(IMPRESO)*** _____ **Relación con el paciente** _____

Firma del Representante Personal del Paciente _____ **Fecha de firma** _____

Envíe este formulario completado por correo electrónico a *Compliance@hmespecialists.com*
o envíelo por correo/fax utilizando la información a continuación.