

## Autorización para uso o divulgación de información protegida de salud



|                               |                                                |
|-------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Nombre del miembro:</b>    | <b>Fecha de nacimiento:</b> ____ / ____ / ____ |
| <b>ID de AHCCCS:</b>          | <b>ID de CIS:</b>                              |
| <b>Dirección del miembro:</b> |                                                |

Yo, o mi representante autorizado, solicitamos la liberación de información de salud respecto a mi atención y tratamiento, según se indica en esta autorización. De acuerdo con la ley estatal de Arizona, la Regla de Privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 y 42 CFR Parte 2, comprendo lo siguiente:

- 1. Autorización voluntaria.** La firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud, o elegibilidad para beneficios no serán condicionados a mi autorización de esta divulgación.
- 2. Redivulgación.** Es posible que la información divulgada a una tercera parte bajo esta autorización ya no esté protegida por las leyes estatales o federales y podría ser redivulgada por el receptor, **con las siguientes excepciones:** Si yo autorizo la liberación de información relacionada con abuso de alcohol/drogas, enfermedades contagiosas (incluyendo VIH/SIDA), pruebas genéticas (y la información derivada de las mismas), o registros médicos o registros de pagos, se le prohíbe al receptor divulgar la información sin mi autorización, a menos que las leyes federales o estatales le permitan hacerlo. Ver 42 CFR Parte 2, A.R.S. § 36-664(G), A.R.S. § 12-2802(F), y A.R.S. § 12-2294(E).
- 3. Autorizaciones específicas.** La divulgación de información relacionada con abuso de alcohol/drogas, tratamientos de salud mental (excepto notas de psicoterapia), enfermedades contagiosas (incluyendo VIH/SIDA), y pruebas genéticas (y la información derivada de las mismas) requiere de una autorización específica. **Al colocar mis iniciales en la(s) línea(s) apropiadas en la Autorización Específica siguiente,** autorizo específicamente la liberación de dicha información a la(s) persona(s) indicadas en seguida.
- 4. Revocación.** Tengo el derecho de revocar esta autorización, excepto hasta donde una acción ya haya sido tomada con base en esta autorización. Debo enviar cualquier revocación por escrito a la persona o entidad a la que haya permitido divulgar la información.
- 5. Cuotas.** Si estoy solicitando esta información para mí mismo o para una tercera parte, pueden aplicárseme las cuotas apropiadas y razonables por la copia de dicha información. Cualesquiera cuotas cumplirán con las leyes estatales y federales.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre a la(s) persona(s), organización o programa a las que se les permite divulgar la información:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Nombre y dirección de la(s) persona(s) u organización(es) a quienes se divulgará esta información:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Propósito de la divulgación:</b> <input type="checkbox"/> Solicitud del miembro <input type="checkbox"/> Otro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información específica a divulgarse (marque el/los recuadro(s) apropiado(s)):</b><br><input type="checkbox"/> Registros médicos desde (insertar la fecha de inicio) _____ hasta (insertar la fecha de terminación) _____.<br><input type="checkbox"/> El registro médico completo, incluyendo historial del paciente, notas de consultorio (excepto notas de psicoterapia), remisiones, consultas, registros de facturación, registros de seguros, y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica.<br><input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <b>Autorizaciones específicas (La liberación de cualquiera de los siguientes tipos de información <u>requiere de sus iniciales en seguida</u>):</b><br>_____ Registros de abuso de alcohol/drogas                      _____ Información de enfermedades contagiosas (incluyendo VIH/SIDA)<br>_____ Pruebas genéticas e información relacionada                      _____ Registros de salud mental (excepto notas de psicoterapia)<br><i>NOTA: Las notas de psicoterapia requieren de un formulario de autorización independiente.</i>                             |
| A menos que sea revocada, esta autorización expira a los 12 meses de la fecha en que se firmó a menos que yo especifique otro evento o fecha aquí: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Firma (Miembro o representante autorizado*). _____ Fecha ____ / ____ / ____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <i>*Si está firmado por alguien que no sea el miembro, especificar la autoridad para firmar y proveer documentación de respaldo.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |