



Formulario de autorización de privacidad de HIPAA

Autorización para el uso o la divulgación de información médica protegida
Requeridos por las Normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y
Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability
and Accountability Act of 1996, HIPAA)

Nombre en letra de imprenta del afiliado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____

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

Nombre en letra de imprenta *Número de teléfono*

Dirección *Ciudad* *Estado* *Código postal*

La autorización cubre, usa y divulga la siguiente información médica: (marcar una opción)

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

Consentimiento adicional para determinadas enfermedades

El presente expediente médico puede contener información **sobre abuso físico o sexual, alcoholismo, abuso de drogas, enfermedades de transmisión sexual, aborto o tratamiento de salud mental. Se debe dar un consentimiento por separado antes de que se divulgue esta información.**

- ☐ Doy mi consentimiento para que se divulgue la información siguiente:
 - ☐ Abuso físico o sexual
 - ☐ Alcoholismo, drogas y sustancias
 - ☐ Enfermedades de transmisión sexual
 - ☐ Aborto
 - ☐ Tratamiento de salud mental
 - ☐ Información genética, incluidos los resultados de pruebas genéticas
- ☐ No doy mi consentimiento para que se divulgue información relacionada con determinadas afecciones.

Consentimiento adicional para VIH/SIDA

El presente expediente médico puede contener información sobre **pruebas de VIH y/o diagnóstico o tratamiento del SIDA**. Se debe dar un consentimiento por separado para que se divulgue esta información.

- ☐ Doy mi consentimiento para que se divulgue la información anterior.
- ☐ No doy mi consentimiento para que se divulgue la información anterior.

El Receptor podrá usar esta información médica para tratamiento médico o consulta, facturación o pago de reclamos, u otros fines que yo disponga.

1. Esta autorización estará en pleno vigor y efecto hasta _____,
Fecha en que expirará la autorización
O de un acontecimiento de la vida, como un fallecimiento.
2. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, mediante el envío de un correo electrónico a compliance@healthmapsolutions.com. Comprendo que la revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya obrado de acuerdo con mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener la cobertura del seguro y la aseguradora tiene derecho legal a impugnar una reclamación.
3. Comprendo que mi tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados al hecho de que firme esta autorización.
4. Comprendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada por el Receptor y ya no estará protegida por las leyes federales o estatales.
5. Recibiré una copia de esta autorización después de haberla firmado. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

Para afiliados de California y Texas ÚNICAMENTE:

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 del progreso
- ☐ Antecedentes/Examen físico
- ☐ Alergias del afiliado
- ☐ Diagnóstico
- ☐ Medicamentos pasados/presentes
- ☐ Historia social
- ☐ Plan de tratamiento individual
- ☐ Información legal
- ☐ Evaluaciones médicas (p. ej., electrocardiograma)
- ☐ Resultados de laboratorio y pruebas

☐ Información de facturación

☐ Otra (especifique): _____

AUTORIZACIÓN DE FIRMA para afiliados de Texas: He leído este formulario y estoy de acuerdo con los usos y divulgaciones de la información como se describe. 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 específicos, incluidas las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.154(c) y/o 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Comprendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y ya no estará protegida por las leyes federales o estatales.

FIRMA

Firma del afiliado

(La persona sobre la que trata la información)

**Nombre del afiliado en letra
de imprenta**

Fecha

O

Si una **persona sin facultad legal para actuar en nombre del afiliado** está llenando este formulario porque el afiliado es analfabeto o está incapacitado, complete la siguiente información:

O

Firma o marca en nombre del afiliado

**Nombre en letra de imprenta de
la persona que actúa en nombre
del afiliado**

Fecha

O

Si una **persona con facultad legal para actuar en nombre del afiliado**, como un padre, una madre o tutor legal, un representante de atención médica o una persona que actúa en virtud de un poder notarial u orden judicial, está llenando este formulario, complete la siguiente información:

Firma de la persona con facultad legal

**Nombre en letra de imprenta de
la persona con**

Fecha

**Describa la facultad legal de esta persona para
firmar en nombre del afiliado:**



Si cree que Healthmap Solutions Inc. no ha preservado su información médica protegida o tiene una pregunta o inquietud que le gustaría que Healthmap abordara, informe al funcionario de privacidad escribiendo a Privacy Officer at Healthmap Solutions Inc., 4631 Woodland Corporate Blvd, Suite 201, Tampa, FL 33614, o por correo electrónico a compliance@healthmapsolutions.com y/o llame al 1-877-546-7004 o si usa un **TTY**, llame al **711**.