



Oracle Formulario de Liberación de HIPAA

Complete todas las secciones de este formulario de autorización de HIPAA. Si alguna sección se deja en blanco, este formulario no será válido y no será posible compartir su información de salud como se solicitó.

Sección I

Yo, _____, doy mi permiso a _____ para compartir la información enumerada en la Sección II de este documento con la(s) persona(s) u organización(es) que he especificado en la Sección IV de este documento.

Sección II – Información de Salud

Me gustaría dar permiso a la organización de atención médica mencionada anteriormente para: Marque según corresponda

☐

Divulgar mi historial de salud completo, incluidos, entre otros, diagnósticos, resultados de pruebas de laboratorio, tratamientos y registros de facturación para todas las afecciones.

Or

☐

Divulgar mi expediente médico completo, excepto por la siguiente información:

- ☐ Registros de salud mental
- ☐ Enfermedades transmisibles, entre las que se incluyen el VIH y el SIDA
- ☐ Registros de tratamiento por abuso de alcohol/drogas
- ☐ Información genética
- ☐ Otro (especificar)

Forma de divulgación:

- ☐ Copia electrónica o acceso a través de un portal
- ☐ Copia impresa

Sección III – Motivo de la divulgación

Por favor, detalle las razones por las que se comparte la información. Si está iniciando la solicitud de intercambio de información y no desea enumerar las razones para compartirla, escriba "a mi solicitud."

Sección IV – Quién Puede Recibir Mi Información de Salud

Autorizo que la información de salud detallada en la sección II de este documento se comparta con las siguientes personas u organizaciones

Nombre: _____

Organización: _____

Dirección: _____

Entiendo que es posible que la(s) persona(s)/organización(es) mencionada(s) anteriormente no estén cubiertas por las normas estatales/federales que rigen la privacidad y la seguridad de los datos y se les puede permitir compartir aún más la información que se les proporciona.

Sección V – Duración de la Autorización

Esta autorización para compartir mi información de salud es válida:

Marque según corresponda

☐ a) De _____ Para _____

O

☐ b) Todos los períodos pasados, presentes y futuros

O

☐ c) La fecha de la firma en la sección VI hasta el siguiente evento:

Entiendo que se me permite revocar esta autorización para compartir mis datos de salud en cualquier momento y puedo hacerlo enviando una solicitud por escrito a:

Nombre: _____ - _____

Organización: _____

Dirección: _____

Lo entiendo:

- En el caso de que mi información ya se haya compartido en el momento en que se revoque mi autorización, puede ser demasiado tarde para cancelar el permiso para compartir mis datos de salud.
- Entiendo que no necesito dar más permiso para que la información detallada en la Sección II se comparta con la(s) persona(s) u organización(es) enumerada(s) en la sección IV.

- Entiendo que el hecho de no firmar/presentar esta autorización o la cancelación de esta autorización no me impedirá recibir cualquier tratamiento o beneficios a los que tenga derecho, siempre que esta información no sea necesaria para determinar si soy elegible para recibir esos tratamientos o beneficios o para pagar por los servicios que recibo.

Sección VI – Firma

Firma: _____ Fecha: _____

Escriba su nombre: _____

Si este formulario está siendo completado por una persona con autoridad legal para actuar en nombre de una persona, como un padre o tutor legal de un menor o un agente de atención médica, complete la siguiente información:

Nombre de la persona que completa este formulario: _____

Firma de la persona que rellena este formulario: _____

Describa a continuación cómo esta persona tiene autoridad legal para firmar este formulario:
