



PERMISO HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Sección I – Información del paciente

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Domicilio:	Últimos 4 dígitos de su SSN:
Ciudad:	Estado:
Código postal:	Teléfono:

Yo, o mi representante legal, por la presente autorizo(a) a los empleados de UofL Physicians y sus subcontratistas para que puedan divulgar mi información médica personal (PHI por sus siglas en inglés) a la persona nombrada a continuación:

Sección II – Persona autorizada (quien recibirá o enviará la información)

Lugar a donde se envían los registros:
Lugar de donde se solicitan los registros:
Domicilio:
Ciudad: Estado: Código postal:
Teléfono:

En concordancia con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés):

- Comprendo que esta autorización es voluntaria. Independientemente de que firme este formulario o no, mi tratamiento no se verá afectado.
- Comprendo que esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el abuso en el consumo de alcohol y drogas, ETS, tratamientos de salud mental (a excepción de los apuntes del psicoterapeuta), y sobre VIH.

U^{of}L Physicians

- Comprendo que mi PHI se divulgará entre personas que no están obligadas a cumplir con las normas federales de la privacidad, por lo que es posible que mi información vuelva a ser divulgada y ya no esté bajo protección.
- Comprendo que tengo el derecho de anular esta autorización en cualquier momento a través de un aviso por escrito que debo enviar a University of Louisville Physicians, Inc. (UofL Physicians), al domicilio que aparece a continuación. Comprendo que mi petición no tendrá efecto en las acciones que ya hayan ocurrido.
- Salvo su anulación, comprendo que esta autorización tendrá una vigencia de ciento ochenta (180) días a partir de la fecha que aparece en este formulario.

Comprendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización.
Certifico que se me ha entregado una copia firmada de esta autorización.

Sección III - Información que se divulgará:

- Mi historial médico a partir de la fecha _____ hasta la fecha: _____
- Mi historial médico completo.
- Otro: Especifique, por favor: _____

Sección IV: Representante Legal

Si esta solicitud la está presentando un representante legal, por favor escriba su información en la siguiente tabla y adjunte los documentos que acrediten su condición de representante legal, tales como Poder Notarial o Tutela.

REPRESENTANTE LEGAL

Nombre:		
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:		

Al firmar este formulario confirmo que tal es constancia de mis intenciones. Se me ha entregado una copia de este formulario para mi registro.

Escriba su nombre claramente

Firma del paciente/Representante/Tutor

Fecha