



## AUTORIZACIÓN CON CONDICIONES DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Por favor, lea este formulario completo antes de firmar. Complete todas las secciones que apliquen a sus decisiones con respecto a la divulgación de información protegida de salud.

|                                                         |                                                   |                                             |                                   |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|
| Nombre del miembro (apellido, nombre y segundo nombre): |                                                   | Fecha de nacimiento:                        | Últimos cuatro dígitos de su SSN: |
| Número de identificación de miembro:                    |                                                   |                                             |                                   |
| Dirección postal:                                       |                                                   | Ciudad:                                     | Estado:                           |
| Código postal:                                          |                                                   |                                             |                                   |
| Código de área y número de teléfono:                    | Código de área y número de teléfono alternativos: | Dirección de correo electrónico (opcional): |                                   |

Yo, o mi representante autorizado, reconozco que El Paso Health me ha proporcionado una copia de esta autorización y me ha notificado que:

- Mediante mi solicitud y mediante la firma de esta autorización, El Paso Health está autorizado a divulgar la información protegida de salud seleccionada u otra información confidencial a la persona u organización que se enumera a continuación.
- Al firmar esta Autorización, las leyes estatales y federales permiten que El Paso Health divulgue mi información.
- Mis registros (incluida la información sobre abuso de alcohol y drogas, información sobre el estado mental y resultados de pruebas del virus de inmunodeficiencia humana) están protegidos contra la divulgación por regulaciones federales o leyes estatales.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Mi negativa a firmar esta autorización no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, recibir pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios.
- Entiendo que la información que autorizo a divulgar a El Paso Health puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- El Paso Health no puede garantizar que la persona u organización que autorizo a recibir mi información no la compartirá con otra persona.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Una revocación válida debe realizarse por escrito y presentarse a El Paso Health. Mi revocación de esta autorización no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.

Autorizo la divulgación de información protegida de salud y otra información específica de mi plan de servicios a:

|                                      |                                      |                                 |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Nombre de la persona u organización: | Código de área y número de teléfono: | Código de área y número de fax: |
| Dirección postal:                    | Ciudad:                              | Estado:                         |
|                                      |                                      | Código postal:                  |

### Período de tiempo efectivo de la autorización

La autorización seguirá siendo válida hasta 1) el fallecimiento del Miembro; 2) el Miembro que alcance la mayoría de edad; 3) se retira el permiso; o 4) Fecha especificada (opcional): Día Mes Año

### Información que se divulgará

|                                                            |                                                             |                                                     |                                                    |                                                       |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Informes de consulta              | <input type="checkbox"/> Informes de pruebas de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Resumen de alta            | <input type="checkbox"/> Informes de operación     | <input type="checkbox"/> Toda la información de salud |
| <input type="checkbox"/> Informes de ECG/cardiología       | <input type="checkbox"/> Historial/Examen físico            | <input type="checkbox"/> Informes de patología      | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico        | <input type="checkbox"/> Otro: _____                  |
| <input type="checkbox"/> Informes e imágenes de radiología | <input type="checkbox"/> Medicamentos pasados/presentes     | <input type="checkbox"/> Información de facturación | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |                                                       |

Se requieren sus iniciales para divulgar la siguiente información:

\_\_\_\_ Registros de salud mental (excluidas las notas de psicoterapia)      \_\_\_\_ Información genética (incluidos los resultados de las pruebas genéticas)

\_\_\_\_ Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias      \_\_\_\_ Resultados/tratamiento de la prueba de VIH/SIDA

### Motivo de la divulgación

|                                                               |                                                 |                                 |                                                       |                                      |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento/Atención médica continua | <input type="checkbox"/> Facturación o Reclamos | <input type="checkbox"/> Seguro | <input type="checkbox"/> Determinación de Incapacidad | <input type="checkbox"/> Escuela     |
| <input type="checkbox"/> Uso personal                         | <input type="checkbox"/> Objeto Legal           | <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> A petición del Miembro       | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |



#### Autorización de firma

He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información como se describe. Entiendo que negarme a firmar este formulario no tiene ningún impacto en divulgaciones anteriores de información de salud o divulgaciones que de otro modo están permitidas por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluidas las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto en la Sección 181.154(c) del Código de Salud y Seguridad de Texas, o 45 Código de Regulaciones Federales (CFR), Sección 164.502(a)(1). **Si esta Autorización está firmada por un representante personal del Miembro, se debe indicar una descripción de la capacidad de dicho representante para actuar en nombre del individuo. Si la persona que firma esta autorización no es el Miembro, deberá proporcionar una copia del poder médico, tutela, acta de nacimiento u otro documento relevante que le autorice a actuar en nombre de los Miembros y prueba de identidad.**

Firma de la persona o representante autorizado de la persona

Fecha

Nombre impreso del representante autorizado por la persona

Relación con la persona

Firma del testigo (obligatoria si el paciente no puede firmar y fechar el formulario, pero da su consentimiento verbal)

Fecha

Se requiere la firma de un menor para la divulgación de ciertos tipos de información, incluida, por ejemplo, la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y abuso de drogas, alcohol o sustancias, y tratamiento de salud mental (consulte, por ejemplo, Código de Familia de Texas, Sección 32.003).

Firma del menor

Fecha

#### Revocación o Retiro de la Autorización de Divulgación

Fecha de Revocación o Retiro:

Hora de Revocación o Retiro:

Nombre impreso de la persona que solicita la revocación o retiro

Firma de la persona que solicita la revocación o retiro

Relación con la persona

Fecha

Firma del testigo (si la persona no puede firmar)

Fecha

**ENVÍE POR CORREO O ENTREGUE LOS FORMULARIOS COMPLETOS Y CUALQUIER DOCUMENTACIÓN DE APOYO A:**

ATENCIÓN: Servicios para miembros  
El Paso Health  
1145 Westmoreland Drive  
El Paso, Texas 79925

Puede enviarse por fax a: (915) 225-6749

Por favor incluya copia de la licencia de conducir o identificación