

# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN ESTÁNDAR

Los campos señalados con un asterisco (\*) deben ser completados. Si no se proporciona la información de identificación adicional en la Sección I, puede imposibilitar dar respuesta a esta solicitud. Este formulario no es una solicitud de acceso del paciente en virtud del Título 45 de la sección 164.524 del Código de Registros Federales (CFR). *Los registros divulgados conforme a esta autorización, pueden incluir información concerniente a pruebas, diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA, tratamiento psiquiátrico y/o tratamiento contra la drogadicción o el alcoholismo, y/o agresión sexual.*

## FORMULARIO A – AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE ENTIDADES DE COBERTURA MÉDICA (DISTINTAS A LOS PROGRAMAS DE LA PARTE 2)

|  |                        |           |                      |                            |  |
|--|------------------------|-----------|----------------------|----------------------------|--|
| <b>Sección I</b>   |                        |           |                      |                            |  |
| <b>Nombre*</b>   | Inicial del 2.º nombre | Apellido* | Fecha de nacimiento* | Número del seguro social   |  |
| Dirección  |                        | Ciudad    | Estado               | Código postal              |  |
| Por el presente, autorizo la divulgación de información de salud sobre la persona mencionada anteriormente, según se indica a continuación.  |                        |           |                      |                            |  |
| <b>Sección II</b>  |                        |           |                      |                            |  |
| <b>Entidad que divulga la información*</b> <i>(Entidad de cobertura médica tal como un plan de salud, aseguradora o proveedor)</i>   |                        |           |                      |                            |  |
| Dirección  |                        |           | Número de teléfono   |                            |  |
| Ciudad   |                        | Estado    | Código postal        |                            |  |
| Destinatario (Persona o entidad) *   |                        |           |                      |                            |  |
| Información de contacto <i>(por ej. número de teléfono, dirección de correo electrónico, fax, dirección, etc.)</i>   |                        |           |                      |                            |  |
| <b>Sección III</b>   |                        |           |                      |                            |  |
| <b>Motivo de la divulgación*</b>   |                        |           |                      |                            |  |
| <b>Información de salud a ser divulgada*</b>   |                        |           |                      |                            |  |
| <b>Especificar el período de tiempo, si se desea:</b><br>Divulgar información solo del período comprendido entre el _____ (mm/dd/aaaa) al _____ (mm/dd/aaaa)   |                        |           |                      |                            |  |
| <b>Sección IV</b>  |                        |           |                      |                            |  |
| <b>Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada o vencerá en la fecha o evento especificado a continuación.</b><br>Entiendo que puedo revocar o cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una revocación por escrito de la manera especificada por la entidad que divulga la información, excepto en la medida que se haya realizado una acción como consecuencia de esta autorización. Si esta autorización no ha sido revocada, vencerá en la fecha o finalización del evento que se indica a continuación. Si a continuación no se especifica ninguna fecha o evento, esta autorización expirará en un año.  |                        |           |                      |                            |  |
| Fecha de vencimiento o evento _____ (mm/dd/aaaa)   |                        |           |                      |                            |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entiendo que no se me puede negar tratamientos, pago e inscripción en el plan de salud o en la elegibilidad para recibir los beneficios por el hecho de negarme a autorizar la divulgación, a menos que dicha denegación esté permitida por las leyes estatales y federales.</li> <li>• Entiendo que la información divulgada por esta autorización, excepto según lo prohíbe el Título 42, CFR, Parte 2 u otra ley aplicable, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y podrá ya no estar protegida por la norma de privacidad sustentada en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud [Tít. 45, CFR Parte 164].</li> </ul> |                        |           |                      |                            |  |
| <b>Firma de la persona*</b>  |                        |           |                      | <b>Fecha*</b> (mm/dd/aaaa) |  |
| <b>Firma del representante personal (si corresponde) *</b> <i>(Indicar la relación con la persona que se muestra a continuación)</i>   |                        |           |                      | <b>Fecha*</b> (mm/dd/aaaa) |  |
| <b>Relación del representante personal con la persona</b> <i>(El representante personal deberá presentar la prueba del poder otorgado a la entidad que divulga la información)</i>   |                        |           |                      |                            |  |
| <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Poder notarial para atención médica <input type="checkbox"/> Albacea/administrador <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N/C   |                        |           |                      |                            |  |

Solo para uso administrativo:

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| <b>Método de entrega</b> (por ejemplo: papel, fax, de forma electrónica) | <b>Fecha de divulgación</b> |
|--|-----------------------------|

## FORMULARIO B – AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE LA PARTE 2 (PROVEEDOR PARA TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS)

Un Programa de la Parte 2 es una: (i) persona o entidad asistida a nivel federal que no sea un centro médico general, que se presenta a sí mismo como proveedora, y que proporciona diagnósticos, tratamientos o derivación para trastorno por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés); (ii) una unidad identificada dentro de un centro médico general que se ofrece a sí misma como proveedora, y que proporciona, diagnóstico, tratamiento o derivación para el tratamiento del SUD; o, (iii) personal médico o personal en un centro médico general cuya función principal es la provisión del diagnóstico, tratamiento o derivación para tratamiento del SUD, y que se identifican como dichos proveedores.

| Sección I  |                        |           |  |                          |               |
|--|------------------------|-----------|--|--------------------------|---------------|
| Nombre*  | Inicial del 2.º nombre | Apellido* | Fecha de nacimiento*                   | Número del seguro social |               |
| Dirección  |                        |           | Ciudad                                 | Estado                   | Código postal |
| Por el presente, autorizo la divulgación de información de salud sobre la persona mencionada anteriormente, según se indica a continuación.  |                        |           |  |                          |               |
| Sección II   |                        |           |  |                          |               |
| Entidad que divulga la información* <i>(Nombre del titular de la información del Programa Parte 2)</i>   |                        |           |  | Número de teléfono       |               |
| Dirección  |                        | Ciudad    |  | Estado                   | Código postal |
| <p><b>La información se debe proporcionar a las siguientes personas o entidades*:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Persona nombrada:</p> <p><input type="checkbox"/> Tercero nombrado responsable del pago:</p> <p><input type="checkbox"/> Entidad nombrada que proporciona el tratamiento:</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedor nombrado que no proporciona el tratamiento (tal como un intermediario o un instituto de investigación) +</p> <p><i>*Si no se selecciona un proveedor que no proporciona tratamiento, completar la opción a, b y/o c, a continuación.</i></p> <p>a. Participante(s) nombrado(s): _____</p> <p>b. Participante(s) de la entidad nombrada, proveedores del tratamiento: _____</p> <p>c. Descripción del Grupo o Clase del (de los) participante(s) de la entidad nombrada, proveedores del tratamiento: _____</p>   |                        |           |  |                          |               |
| Información de contacto (por ej. número de teléfono, dirección de correo electrónico, fax, dirección, etc.)  |                        |           |  |                          |               |
| Sección III  |                        |           |  |                          |               |
| Motivo de la divulgación*  |                        |           | Información de salud a ser divulgada*: |                          |               |
| Especificar el período de tiempo, si se desea:<br>Divulgar información solo del período comprendido entre el _____ (mm/dd/aaaa) al _____ (mm/dd/aaaa)  |                        |           |  |                          |               |
| Sección IV   |                        |           |  |                          |               |
| Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada o vencerá en la fecha o evento especificado a continuación. Entiendo que puedo revocar o cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una revocación por escrito de la manera especificada por la entidad que divulga la información, excepto en la medida que se haya realizado una acción como consecuencia de esta autorización. Si esta autorización no ha sido revocada, vencerá en la fecha o finalización del evento que se indica a continuación. Si a continuación no se especifica ninguna fecha o evento, esta autorización expirará en un año.  |                        |           |  |                          |               |
| Fecha de vencimiento o evento _____ (mm/dd/aaaa)   |                        |           |  |                          |               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Los registros de trastornos por consumo de sustancias de los programas de la Parte 2, divulgados de conformidad con este consentimiento, están protegidos por normas federales y no pueden ser divulgados nuevamente sin mi consentimiento por escrito, a menos que las normas lo dispongan. Cualquier información divulgada de conformidad con este consentimiento, que no sean registros de trastornos por consumo de sustancias o registros protegidos por las leyes de otros estados, podrá estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario.</li> <li>Es posible que se me nieguen los servicios si me rehúso a autorizar la divulgación de información relacionada con el trastorno por consumo de sustancia para fines de evaluación, tratamiento o pago, si la ley estatal lo permite. Mi negativa a autorizar la divulgación de información con otros fines no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o servicios.</li> <li>Si he autorizado la divulgación a un grupo o clase de participantes generalmente descritos en una entidad que no es mi proveedora de tratamiento, bajo mi solicitud por escrito, se me debe proporcionar una lista de entidades a las que mi información ha sido divulgada de conformidad con esa designación general.</li> </ul> |                        |           |  |                          |               |
| Firma de la persona*   |                        |           |  | Fecha* (mm/dd/aaaa)      |               |
| Firma del representante personal (si corresponde)* <i>(Indicar la relación con la persona que se muestra a continuación)</i>   |                        |           |  | Fecha* (mm/dd/aaaa)      |               |
| Relación del representante personal con la persona <i>(El representante personal deberá presentar la prueba del poder otorgado a la entidad que divulga la información)</i>  |                        |           |  |                          |               |
| <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Poder notarial para atención médica <input type="checkbox"/> Albacea/administrador <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N/C   |                        |           |  |                          |               |

Solo para uso administrativo:

|  |                      |
|--|----------------------|
| Método de entrega (por ej. papel, fax, de forma electrónica) | Fecha de divulgación |
|--|----------------------|