

**Formulario de representante de HIPAA**

Entiendo que, al firmar voluntariamente este formulario, estoy identificando, autorizando y otorgando permiso al representante de HIPAA mencionado a continuación para que tenga autoridad para acceder a mi información médica protegida (PHI) a fin de colaborar con mi atención. También entiendo que puedo limitar el acceso a mis historias clínicas si lo especifico a continuación:

**Información del paciente (en letra imprenta)**

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	Ciudad/estado/código postal: _____
N.º de teléfono para comunicarse rápido: _____	

**Información del representante de HIPAA (en letra imprenta)**

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	Ciudad/estado/código postal: _____
N.º de teléfono para comunicarse rápido: _____	
Parentesco con el paciente: _____	

**Le otorgo al representante de HIPAA mencionado más arriba acceso a lo siguiente:**

\_\_\_\_ Toda mi información médica protegida (ten en cuenta que también se requiere un cuadro separado a continuación para el acceso a información de VIH, psiquiátrica y de abuso de sustancias).

\_\_\_\_ Otra (especifica los límites o la incidencia de atención médica concreta): \_\_\_\_\_

Al marcar las categorías apropiadas y al firmar esta casilla, yo (paciente) le estoy otorgando a mi representante de HIPAA acceso a información médica adicional:

<p><b>Entiendo que la información de mi historial clínico puede incluir información relacionada con el VIH o el diagnóstico o tratamiento de discapacidades psiquiátricas o abuso de sustancias, y que, al firmar esta casilla, autorizo específicamente a mi representante de HIPAA a acceder a información relacionada con lo siguiente: (debes <u>colocar tus iniciales en cada área</u> a la que deseas que tenga acceso el representante de HIPAA)</b></p> <p>____ información sobre abuso de sustancias, alcohol o drogas ilícitas;</p> <p>____ información relacionada con el sida o VIH (incluidas las pruebas y los resultados relacionados con el SIDA);</p>
--

- \_\_\_\_\_ información sobre salud mental;
- \_\_\_\_\_ información sobre enfermedades de transmisión sexual;
- \_\_\_\_\_ información genética;
- \_\_\_\_\_ información de investigaciones;

**Las leyes federales y del estado de Nueva York exigen la confidencialidad de este historial.  
Se prohíbe la divulgación de este material sin el consentimiento o la autorización por escrito.**

**Firma del paciente para esta casilla: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

1. Entiendo que puedo revocar esta designación de representante de HIPAA en cualquier momento y que, para hacerlo, debo notificar por escrito al director de Administración de Información de Salud a la siguiente dirección: 55 Water Street, 12<sup>th</sup> Floor, Rm 12G09, New York, NY 10041. Sin embargo, si revoco la autorización, no tendrá ningún efecto sobre las acciones realizadas por AdvantageCare Physicians antes de recibir la revocación.

2. Entiendo que el firmar o no firmar esta Autorización no condiciona mi tratamiento o pago por tratamiento.

3. Entiendo que la información divulgada de conformidad con este formulario puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no estará protegida por HIPAA.

4. Entiendo que esta autorización: (marcar solo una opción)

( ) vencerá 1 año después de la fecha de ejecución; o

( ) tendrá vigencia durante toda la vida del paciente a menos que sea revocada (ver el punto 1 más arriba).

**Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

**Firma del representante de HIPAA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

**(El formulario no será válido a menos que se completen todos los espacios en blanco correspondientes)**

**\*PUEDES NEGARTE A FIRMAR ESTE FORMULARIO\***