

# AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Lea este documento en su totalidad antes de firmarlo y llene todas las secciones que correspondan a sus decisiones relativas a la divulgación de información de salud protegida. No se puede denegar el tratamiento a una persona por no haber firmado esta autorización, y la negativa a firmarla no afectará al pago, la inscripción o el derecho a recibir las prestaciones.

**NOMBRE DEL PACIENTE O PERSONA**

Apellido(s) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**CIUDAD** \_\_\_\_\_ **ESTADO** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL** \_\_\_\_\_

**OTRO(S) NOMBRE(S) QUE USE** \_\_\_\_\_  
**FECHA DE NACIMIENTO** Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
**TELÉFONO** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **TELÉFONO ALTERNATIVO** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**CORREO ELECTRÓNICO** (Opcional): \_\_\_\_\_

**AUTORIZO A LAS SIGUIENTES PERSONAS A REVELAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DE LA PERSONA:**

Nombre de la persona u organización \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**¿QUIÉNES PUEDEN RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN DE SALUD?**

Nombre de la persona u organización \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN** (Marque solo una de las opciones siguientes)

- Tratamiento/Atención médica continua
- Uso personal
- Facturación o reclamaciones
- Seguro
- Para efectos legales
- Determinación de una discapacidad
- Escuela
- Empleo
- Otro \_\_\_\_\_

**¿QUÉ INFORMACIÓN PUEDE DIVULGARSE?** Responda lo siguiente indicando los elementos que desea que se divulguen. Se requiere la firma del paciente menor de edad para la divulgación de algunos de estos elementos. Si se va a divulgar toda la información de salud, marque solo la primera casilla.

**Fecha del servicio:** \_\_\_\_\_

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Toda la información de salud</b> | <input type="checkbox"/> Antecedentes personales fisiológicos/<br>Exploración físicas | <input type="checkbox"/> Medicamentos tomados anteriormente/<br>actualmente | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de laboratorio             |
| <input type="checkbox"/> Órdenes del médico                  | <input type="checkbox"/> Resumen del alta   | <input type="checkbox"/> Informes de pruebas de diagnóstico                 | <input type="checkbox"/> Informes de consulta                             |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso                   | <input type="checkbox"/> Información de facturación                                   | <input type="checkbox"/> Informes de radiología                             | <input type="checkbox"/> Informes de electrocardiografía/<br>cardiografía |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología               | <input type="checkbox"/> Informes de cirugías   | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología                             | <input type="checkbox"/> Otro _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Alergias del paciente               |   |   |   |

Se requieren sus iniciales si desea divulgar cualquiera de la siguiente información:

- |  |   |
|--|---|
| _____ Expedientes de salud mental (excluidos los informes médicos de psicoterapia) | _____ Registros sobre el abuso de drogas, alcohol o sustancias          |
| _____ Información genética (incluidos los resultados de exámenes genéticos)        | _____ Resultados de las pruebas de detección o tratamiento del VIH/SIDA |

**VIGENCIA:** Esta autorización es válida hasta que la persona fallezca, alcance la mayoría de edad o se retire el permiso, o hasta la siguiente fecha específica (opcional), lo que ocurra primero: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**DERECHO DE REVOCACIÓN:** Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento dando aviso por escrito indicando mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización que se indica en la sección "¿QUIÉNES PUEDEN RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN DE SALUD?". Entiendo que no se verán afectadas las acciones que se hayan tomado antes de la revocación emprendidas al amparo de esta autorización por entidades que hayan estado autorizadas para acceder a mi información de salud.

**AUTORIZACIÓN DE FIRMA:** He leído este formato y acepto los usos y divulgaciones de la información descritos. Entiendo que negarme a firmar este formato no impide la divulgación de información de salud que haya tenido lugar antes de la revocación o que esté permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluidas las divulgaciones a entidades cubiertas conforme a las disposiciones del Código de Salud y Seguridad de Texas (Texas Health & Safety Code) § 181.154(c) y/o 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Entiendo que la información divulgada al amparo de esta autorización puede ser objeto de nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

**FIRMA X** \_\_\_\_\_  
**Firma de la persona o de su representante legal**

**FECHA**

Nombre en letra de molde del representante legal (en su caso): \_\_\_\_\_  
 En caso de que firme el representante, especifique su relación con la persona:  Padre o madre del menor  Tutor  Otra \_\_\_\_\_

Se requiere la firma del menor de edad para la divulgación de determinados tipos de información, como, por ejemplo, la divulgación de información relacionada con determinados tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y tratamiento de drogadicción, alcoholismo o toxicomanía y salud mental (Véase, por ejemplo, § 32.003 en el Código Familiar de Texas [Tex. Fam. Code]).

**FIRMA X** \_\_\_\_\_  
**Firma del menor**

**FECHA**

## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

---

El propósito de este formato es cumplir los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos y Normas de Privacidad (HIPAA, por sus siglas en inglés: Health Insurance Portability and Accountability Act and Privacy Standards) y la Ley de Privacidad Médica de Texas [Texas Medical Privacy Act] (Capítulo 181 del Código de Salud y Seguridad de Texas [Texas Health & Safety Code]).

Las entidades cubiertas, tal y como se define este término en la HIPAA y en § 181.001 del Código de Salud y Seguridad de Texas, deben obtener una autorización firmada por la persona o por su representante legal para divulgar electrónicamente su información de salud protegida. La autorización no es necesaria para las divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica, la realización de determinadas funciones del seguro o cuando la ley lo autorice de otro modo. (Código de Salud y Seguridad de Texas §§ 181.154(b),(c), § 241.153; 45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1); 164.506, y 164.508).

La autorización concedida mediante el formato significa que la organización, entidad o persona autorizada puede divulgar, comunicar o enviar la información de salud protegida de la persona que se menciona a la organización, entidad o persona identificada en el formato, incluso mediante el uso de cualquier medio electrónico.

---

**Definiciones** – En el formato, los términos “tratamiento”, “operaciones de atención médica”, “informes médicos de psicoterapia” e “información de salud protegida” son los definidos en la HIPAA (45 CFR 164.501). “Representante legal”, tal como se utiliza en el formato, incluye a cualquier persona autorizada para actuar en representación de otra persona. (Código de Ocupaciones de Texas [Tex. Occ. Code] § 151.002(6); Código de Salud y Seguridad de Texas §§ 166.164, 241.151 y Código Sucesorio de Texas [Tex. Probate Code] § 3(aa)).

**Información de salud que se divulgará** – Si se selecciona “Toda la información de salud” para su divulgación, esta incluye, entre otros, todos los registros y demás información relativa a la historia clínica, el tratamiento, la hospitalización, las pruebas y la atención ambulatoria, así como los registros educativos que puedan contener información de salud. Como se indica en el formato, se requiere una autorización específica para la divulgación de información sobre determinadas afecciones sensibles, entre las que se incluyen:

- Expedientes de salud mental (excluidos los “informes médicos de psicoterapia” según se definan en la HIPAA en 45 CFR 164.501).
  - Expedientes sobre abuso de drogas, alcohol o sustancias.
  - Expedientes o pruebas relativas al VIH/SIDA.
  - Enfermedades genéticas (hereditarias) o pruebas (excepto lo pueda prohibir el 45 C.F.R. § 164.502).
- 

**Nota sobre la divulgación de expedientes médicos** – Este formato no es necesario para la divulgación permitida de la información de salud protegida de una persona a la persona o a su representante legal. (45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1)(i), 164.524; Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.102). Si mediante este formato solicita una copia del expediente médico de la persona, las leyes estatales y federales permiten dicho acceso, a menos que el médico o proveedor de salud mental determine que dicho acceso es perjudicial para la salud física, mental o emocional de la persona. (Código de Salud y Seguridad de Texas §§ 181.102, 611.0045(b); Código de Ocupaciones de Texas § 159.006(a); 45 C.F.R. § 164.502(a)(1)). Si en la sección “¿Quiénes pueden recibir y usar la información de salud?” de este formato se especifica un proveedor de atención médica, el permiso para recibir información de salud protegida también incluye a los médicos, otros proveedores de atención médica (como enfermeras y personal médico) que participen en la atención médica de la persona en las instalaciones de esa entidad o en el consultorio de esa persona, y los proveedores de atención médica que estén de guardia o cubriendo a la persona u organización especificada, y los miembros del personal o representantes (como asociados comerciales u organizaciones de servicios calificadas) que lleven a cabo actividades y fines permitidos por la ley para la entidad o persona cubierta que se especifica. Si se especifica una entidad cubierta que no sea un proveedor de atención médica, entonces el permiso para recibir la información de salud protegida también incluye al personal o representantes y subcontratistas de dicha organización que lleven a cabo actividades y fines permitidos por este formato para dicha organización. Los particulares pueden tener derecho a restringir determinadas divulgaciones de información de salud protegida relacionada con servicios pagados íntegramente por el particular (45 C.F.R. § 164.522(a)(1)(vi)).

---

**Autorizaciones con fines de venta o comercialización** – Si esta autorización se realiza con fines de venta o comercialización y la entidad cubierta recibirá una remuneración directa o indirecta de un tercero en relación con el uso o la divulgación de la información de la persona con fines de comercialización, la autorización debe indicar claramente a la persona que se trata de dicha remuneración. (Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.152, .153; 45 C.F.R. § 164.508(a)(3), (4)).

**Limitaciones de este formato** – Este formato de autorización no se utilizará para la divulgación de información de salud relativa a: (1) inscripción al plan de prestaciones de salud y/o decisiones relacionadas con la inscripción (45 C.F.R. § 164.508(b)(4)(ii), .508(c)(2)(ii)); (2) informes médicos de psicoterapia (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(ii)); o para fines de investigación (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(i)). **El uso de este formato no exime a ninguna entidad del cumplimiento de las leyes o normativas federales o estatales aplicables relativos al acceso, uso o divulgación de información de salud u otra información personal sensible (por ejemplo, 42 CFR Parte 2, que restringe el uso de información relativa al abuso de drogas/alcohol y su tratamiento), y no da derecho a una entidad o a sus empleados, representantes o cesionarios a ninguna limitación de responsabilidad por actos u omisiones en relación con el acceso, uso o divulgación de información de salud obtenida mediante el uso del formato.**

**Cargos** - Algunas entidades cubiertas pueden cobrar un cargo por recuperación/trámite y por copias de expedientes médicos. (Código de Salud y Seguridad de Texas § 241.154).

**Derecho a recibir una copia** – La persona y/o su representante legal tienen derecho a recibir una copia de esta autorización.