



# Autorización para utilizar o divulgar información de salud protegida

DIVULGACIÓN POR PARTE DE PROVIDENCE HEALTH PLANS A UN TERCERO

## ESTA AUTORIZACIÓN DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD PARA QUE SEA VÁLIDA

Miembro: \_\_\_\_\_ N°. de ID: \_\_\_\_\_

Nombre del grupo: \_\_\_\_\_ Grupo n°: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a: **Providence Health Plans (Planes de seguro médico de Providence)** para que divulguen mi información de salud protegida a:

\_\_\_\_\_  
*(Nombre y dirección de los destinatarios)*

para los fines de:

\_\_\_\_\_  
*(Describa cada finalidad del uso o divulgación)*

Mi información de salud protegida incluye expedientes médicos, expedientes de atención médica de emergencia y de urgencia, estados de cuenta (facturas), informes del diagnóstico por imágenes, transcripciones de los informes de hospitales, apuntes en los expedientes de los consultorios clínicos, informes de laboratorio, expedientes de atención dental, informes de patología, expedientes de fisioterapia, expedientes de los hospitales (con inclusión de los registros creados por la enfermeras y las notas de evolución) y cualquier información personal o médica relacionada con la finalidad de esta autorización. La información obtenida con esta autorización será utilizada solamente para la finalidad definida anteriormente en este documento y será limitada a la mínima información necesaria para lograr esa finalidad.

Si la información a divulgarse contiene alguno de los tipos de expedientes o de información que se enumeran a continuación, se podrían aplicar algunas leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de la información. Entiendo y estoy de acuerdo en que dicha información será divulgada si anoto mis iniciales en el espacio correspondiente junto al tipo de información que será incluido en la divulgación:

- \_\_\_\_\_ Información y expedientes relacionados con pruebas o resultados de pruebas del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- \_\_\_\_\_ Información sobre la salud mental
- \_\_\_\_\_ Información sobre pruebas genéticas
- \_\_\_\_\_ Diagnósticos, tratamientos o información de remisión con respecto a las drogas y al alcohol

**Entiendo que tengo el derecho a rehusarme a firmar esta autorización. El rehusarme a firmar esta autorización no afectará mi inscripción en Providence Health Plans (Planes de seguro médico de Providence) ni las condiciones que debo reunir para tener derecho a los beneficios del plan de seguro médico.**

**Tengo el derecho a cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si cancelo mi autorización, la información descrita anteriormente en este documento ya no será utilizada ni divulgada para los motivos expresados en esta autorización impresa. Cualquier uso o divulgación que ya haya sido realizado con mi autorización no podrá ser retirado.**

**Para cancelar esta autorización, envíe una declaración por escrito a "Providence Health Plans" a la siguiente dirección: P.O. Box 4327, Portland, OR 97208-4327, y declare que está cancelando esta autorización. Le pedimos que incluya una copia de la autorización original si la tiene disponible. De lo contrario, le pedimos que incluya el nombre de la parte que está recibiendo la información de salud protegida y la fecha de la autorización.**

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización podría estar sujeta a ser divulgada nuevamente y podría ya no estar protegida bajo la ley federal. Sin embargo, también entiendo que las leyes federales o estatales podrían restringir la redivulgación de la información relacionada con pruebas o resultados de las pruebas del VIH / SIDA, la información sobre la salud mental, la información genética y los diagnósticos, los tratamientos o la información de remisión con respecto a las drogas y al alcohol.

A menos que sea cancelada, esta autorización estará vigente y será aplicada hasta la siguiente fecha o suceso (marque uno):

Fecha: \_\_\_\_\_ O

Suceso: \_\_\_\_\_

en cuyo momento esta autorización para utilizar o divulgar esta información de salud protegida expira.

**Además, esta autorización expira 24 meses a partir de la fecha de la firma.**

**He examinado y entiendo esta autorización.**

Por: _____ (Persona)	Fecha: _____
-------------------------	--------------

- O -

Por: _____ (Representante de la persona)	Fecha: _____
Relación o parentesco con el miembro: <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Tutor legal* <input type="checkbox"/> Titular del Poder notarial*	
*Adjunte la documentación legal si usted es el tutor legal o el titular del Poder notarial	