

HIPAA AUTHORIZATION FORM

(FORMA DE AUTORIZACIÓN)

45 – C.F.R. #164.508

Declaración de Intención:

Tengo entendido que el Congreso aprobada una ley titulada "Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996" también conocida como HIPAA. Existen regulaciones federales que interpretan y aplicación esa ley. HIPAA limita la divulgación de mi información de salud identificable individualmente a ciertos miembros de la familia y amigos, independientemente de mi estado de salud. Estoy firmando esta autorización para que mi proveedor de atención médica puede divulgar mi información profesional de la salud a las personas enumeradas y discutir abiertamente esta información con ellos.

Autorización:

Yo, _____, Autorizo a mis doctores, enfermeras, hospitales y otros proveedores de salud completamente revelar mi información de salud individualmente identificable a cualquiera o todas de las siguientes personas autorizadas designadas como mis representantes personales.

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

NUMERO DE TELEFONE: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

NUMERO DE TELEFONE: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

NUMERO DE TELEFONE: _____

NOMBRE: _____

Fecha de nacimiento: _____

Autoridad para discutir respuestas y preguntas:

Mis proveedores de atención médica están autorizados para responder preguntas planteadas por los representantes personales mencionados y discutir abiertamente con ellos mi condición, tratamiento, resultados, pronóstico y todo lo pertinente a mi salud, aunque estoy totalmente competente para hacer preguntas y discutir este asunto en el momento. Este documento constituye una plena autorización a revelar cualquier información de salud identificable individualmente a los representantes de personales nombrado en esta autorización.

Renuncia y Liberación:

Desligo de cualquier proveedor de atención médica que actúa al amparo de esta autorización de cualquier responsabilidad que se acumulen de mi información de salud identificable individualmente y por cualquier acción tomada por mis representantes personales.

Terminación:

Esta autorización es efectiva a partir de la fecha indicada como fecha de su firma y no se verá afectada por mi incapacidad subsecuente o incapacidad. Esta autorización terminará en la primera que se produzca de

1. dos años después de mi muerte, o
2. sobre mi revocación escrita realmente recibida por el proveedor de atención médica. Acuse de recibo de mi escrito revocación puede ser por correo certificado, correo certificado, facsímil o cualquier otro recibo que conste la recepción real por el proveedor de atención médica.

Re-divulgación:

Al firmar esta autorización, fácilmente reconoce que la información usada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser sujeta a divulgación de re por los representantes de personales nombrados en esta autorización y de estar protegida por las reglas de HIPAA. Me doy cuenta que tal re-divulgación podría ser incorrecta, me causan vergüenza, causar conflictos familiares, ser mal interpretadas por profesionales de la salud no y causar lo contrario mi familia y varias formas de lesiones. Indemnizar completamente a mis proveedores de atención médica para todas las consecuencias que pueden ocurrir como resultado de su dependencia de la buena fe y el cumplimiento de esta autorización. Ningún proveedor de atención médica requerirán mis representantes personales a indemnizar al proveedor de atención médica o de acuerdo para llevar a cabo cualquier acto en orden para el médico cumplir con esta autorización.

Conflictos con otras autorizaciones:

Esta autorización es además de otras autorizaciones de alta médica que puedo han otorgado en el pasado o el futuro. No sustituirlos. Esta autorización puede depender de mis proveedores de atención médica independientemente de cualquier conflicto real o aparente con cualquier médico poder firmado por mí, ya sea previo o con posterioridad a la fecha de esta autorización. Reconozco y la intención de que esto dará lugar a varias personas que tengan la autoridad para obtener mi información protegida de salud individualmente identificable. Esta autorización no está destinada a sustituir un poder médico ni a conceder a cualquier persona la autoridad para tomar decisiones de atención médicas, sino simplemente para obtener información y explicaciones.

Copias:

Una copia o facsímil de esta autorización original puede ser aceptada y confiar como si fuese un documento original.

Definición:

El término "información de salud identificable individualmente" incluye pero no se limita a lo siguiente: toda la información de salud, informes o registros con respecto a mi historial médico, estado, diagnóstico, pruebas, pronóstico, tratamiento, facturación información y la identidad de los proveedores de salud y las aseguradoras, ya sea pasado, presente o futura y cualquier otra información médica que está en alguna manera relacionado con mi salud. En esta autorización, el término también incluye la información médica del término protegido como a veces se utiliza en ley HIPAA. Los proveedores de atención médica del término incluye pero no se limita a lo siguiente: los médicos (incluyendo pero no limitado a médicos, podólogos, quiroprácticos y osteópatas), psiquiatras, psicólogos, dentistas, terapeutas, enfermeras, hospitales, clínicas, farmacias, laboratorios, servicios de ambulancia, ancianatos, centros de atención residencial, servicios de cama y comida, hogares de ancianos, las compañías de seguros médicas o cualquier proveedores médicos o af...

X _____
Patient's Signature

Date

Two Witnesses
(No puede ser parientes)

Witness #1

Witness #2

OR

Notary Public

Signed this _____ day of _____, 20____, at Gillespie County, Texas.

Notary Public, State of Texas County of Gillespie

This document was acknowledged before me on _____ by
(Patient's name)

Notary Public, State of Texas