

### Formulario de representante de HIPAA

Comprendo que al firmar voluntariamente este formulario, identifico, autorizo y concedo permiso al representante de HIPPA nombrado a continuación para que cuente con la autoridad necesaria para acceder a mi Información médica protegida (PHI) a fin de asistir en la atención médica que yo reciba. También tengo conocimiento de que puedo limitar el acceso a mis registros si lo especifico a continuación:

#### **Información sobre el paciente (en letra de imprenta)**

|   |
|---|
| Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ |
| Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____   |
| Número de teléfono de acceso más frecuente: _____     |

#### **Información sobre el representante de HIPPA (en letra de imprenta)**

|   |
|---|
| Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____            |
| Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____ |
| Número de teléfono de acceso más frecuente: _____   |
| Relación con el paciente: _____                     |

#### **Concedo al representante de HIPPA nombrado anteriormente acceso a lo siguiente:**

Toda mi PHI. Tenga en cuenta que el cuadro independiente de abajo se exige también para acceso referido a información sobre psiquiatría, VIH y abuso de sustancias.

Otros. Especifique los límites o el incidente de cuidado de la salud específico: \_\_\_\_\_

Al marcar las categorías correspondientes y al firmar este cuadro, yo (el paciente) concedo a mi representante de HIPPA acceso a información médica adicional:

|   |
|---|
| <p><b>Comprendo que la información en mi historia clínica puede incluir información relacionada con el VIH o con el diagnóstico y tratamiento de problemas psiquiátricos o abuso de sustancias y que al firmar este cuadro autorizo específicamente a mi representante de HIPPA a acceder a información referida a lo siguiente: <u>(Debe colocar su inicial en cada área a la que otorga acceso al representante de HIPPA)</u>.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Información sobre abuso de alcohol, drogas o sustancias</p> <p><input type="checkbox"/> Información relacionada con el VIH/SIDA (como pruebas y resultados relacionados con el SIDA)</p> |
|---|

- Salud mental
- Información sobre enfermedades de transmisión sexual
- Información genética
- Información sobre investigaciones

Las leyes federales y las leyes del estado de Nueva York exigen la confidencialidad de este registro. No se puede transferir este material a ninguna persona sin consentimiento o autorización por escrito.

Firma del paciente para este cuadro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. Comprendo que yo puedo revocar esta designación de representante de HIPPA en cualquier momento si notifico al director de Administración de Información de Salud escribiendo a la siguiente dirección: 55 Water Street, 12<sup>th</sup> Floor, Rm 12G09, New York, NY 10041. Sin embargo, en caso de revocar la autorización, la decisión no afectará las medidas tomadas por AdvantageCare Physicians antes de la recepción de la revocación.
2. Comprendo que mi tratamiento o el pago por el tratamiento no pueden verse condicionados por el hecho de firmar o no esta Autorización.
3. Comprendo que el destinatario puede volver a divulgar la información divulgada conforme a este formulario, y dicha información dejará de estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA).
4. Comprendo que esta autorización: (Se debe marcar una opción)
  - caducará 1 año después de la fecha de ejecución; o
  - tendrá vigencia a lo largo de la vida del paciente a menos que sea revocada (consultar el punto 1 más arriba).

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

Firma del representante de HIPPA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**(El formulario no tendrá validez a menos que se completen todos los espacios en blanco).**

**\*USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTE FORMULARIO\***