

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>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)</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, 12th 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