



Autorización al SLVHD para liberar registros

(Sólo para programas cubiertos por HIPAA)

Por la presente autorizo la divulgación de mi información médica protegida (PHI) (o la de un niño menor de edad no emancipado sobre el que tengo autoridad legal) según se describe debajo . Entiendo que esta autorización es voluntaria y que cualquier información liberada puede estar sujeta a re-divulgación por el recipiente y ya no estar protegida por ley estatal o federal.

ESTA AUTORIZACIÓN ES PARA LIBERAR INFORMACIÓN DE SALUD DEL CLIENTE: _____

Información Identificatoria del cliente DOB: ____ / ____ / ____ Dirección: _____
Tel. #: _____

Información liberada de:(persona/organización que provee la información):

Liberar información a (Nombre o Información identificatoria):

¿Por qué desea liberar?: Atención médica ; Pedido por cliente ; Otro (especifique);

PHI a ser liberada (describa la información): _____

Esta autorización está limitada a la PHI creada durante el periodo de tiempo entre ____ a ____.

También entiendo que puedo limitar la información a ser liberada, especificando cuáles son los registros necesarios. Si más adelante me doy cuenta que si autorizo que sean liberados todos mis registros, el SLVHD seguirá mis instrucciones hasta donde esté autorizado a liberar.

El cliente o su representante personal deberá leer e inicialar las siguientes declaraciones:

Entiendo que:

- Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento con notificación escrita al Oficial, Coordinador de privacidad o el designado enviándola a la dirección indicada en el dorso. Si yo revocara, entiendo que esta decisión no tendrá efecto sobre acciones tomadas previamente al recibo de la revocación. Iniciales: _____
- Mi atención médica y el pago de la misma no podrán negarse si no firmo este formulario. Iniciales: _____
- Esta autorización vence el ____ (fecha) o cuando ocurra el acontecimiento de _____ (evento). Iniciales: _____
- Puede haber un cargo por cumplir con este pedido- Iniciales: _____
- Recibiré una copia de este formulario después que lo haya firmado. Iniciales: _____

(Firma del cliente o su Representante Personal) Parentesco con el cliente Fecha

Las copias de PHI deben pagarse y retirarse en persona. Con arreglo previo podemos enviar por correo o fax.

Por favor marque si usted va a retirarla o si nosotros debemos enviársela.

Retiro Correo Certificado (Yo pago los costos) Correo 1ra.clase Fax*

*Asegúrese que la dirección y el número de fax son correctos.

FOR OFFICE USE ONLY

Client ID Verified by: _____ Form of Id: _____ Client ID/Chart # _____

Date request received: _____ Date Processed _____

Employee releasing data: _____

(name)

(title)

INSTRUCCIONES PARA LIBERAR REGISTROS

I. SECCIÓN DEL SOLICITANTE

- A.** Nombre del cliente. Escriba claramente el nombre del cliente que desea liberar sus registros.
- B.** DOB. El nombre y la fecha de nacimiento son suficientes para localizar la PHI.
- C.** Dirección. Dirección actual y número telefónico del cliente. Si necesita más espacio, escriba en la parte superior de la hoja.
- D.** Liberar de. Nombre del proveedor de atención médica que tiene los registros del cliente.
- E.** Liberar para: Nombre del proveedor o del individuo autorizado a recibir los registros.
- F.** Propósito. Marque el casillero apropiado. Si marca en "otro", especifique la razón.
- G.** PHI a liberar. Indique la información, o tipos de información a liberar.
- H.** Plazo. Note el plazo que cubre esta autorización. (Ejemplo: todos los registros creados desde el 1 de Julio a 1998 hasta 12 de mayo de 2004, o desde a inicio del embarazo hasta el parto.
- I.** **Lea e inicie cada declaración** El Solicitante debe inicialar cada declaración, esto significa que el solicitante fue informado sobre cada factor. Si el Solicitante se rehúsa a inicialar cada ítem, pregunte si tiene alguna pregunta sobre el formulario.
- J.** **Declaraciones a ser inicialadas.** La autorización no tiene vigencia hasta que esté completa.
1. Yo puedo revocar esta autorización: El Solicitante puede cambiar de idea y descartar la aprobación. Lo que se haya liberado antes de la revocación no será afectado.
 2. La atención médica y los pagos no serán afectados. No haber firmado este formulario o rehusarse a hacerlo no afectará la forma de pago o el tratamiento al cliente. Sin embargo, si el solicitante se rehúsa a firmar la autorización, los registros no podrán ser liberados.
 3. Esta autorización vencerá. El cliente debe notar que esta autorización vencerá. Esto puede ser en una fecha específica tal como 9/3/05, o en un acontecimiento tal como el "nacimiento de mi bebé."
 4. Puede haber un cargo. Se le requiere al SLVHD cobrar por las copias que haga de los registros. Por lo general, el pago es requerido antes de la liberación de cualquier registro. Como cortesía recíproca, el SLVHD no cobra por copias enviadas a otros Proveedores de Atención Médica.
 5. Recibiré una copia de este formulario Le será dada una copia al solicitante. .
- K.** Firma del Cliente (o su Representante Personal). El solicitante deberá firmar y escribir la fecha.
- L.** Fecha. La fecha en que fue firmada la autorización.
- M.** Parentesco con el Cliente. Cuando firma la autorización un Representante Personal, debe escribirse el parentesco. Si el Cliente es el que firma, debe escribir "yo mismo".
- N.** Recibo de la PHI. Los solicitantes de PHI deben indicar cómo prefieren recibir la información. Cuando hay gastos a cobrar, se procura que el solicitante retire su información y pague por ella en ese momento. En caso que el solicitante no pueda presentarse, los arreglos para el pago deberían hacerse anticipadamente. El solicitante deberá pagar también por los gastos de franqueo por correo certificado. Cuando el cliente retira los registros en persona debe pagar en ese momento, por lo que no se debe emitir una factura.

II. SECCIÓN PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

- A.** Client Id Verified by. Initials of employee who verified the applicants identity
- B.** Form of Id. Type of verification offered to prove identity (Driver's License, State Id)
- C.** Client Id/Chart #. Unique identification number assigned to the client.
- D.** Date Request Received. NOTE: The request must be completed within 30 days of this date, unless other arrangements have been made.
- E.** Date Processed. Date this request was completed.
- F.** Employee Releasing Data. Legibly written name of the employee releasing the data.
- G.** **DISTRIBUTION OF COPIES:** White: Office.

SLVHD OFICIAL DE PRIVACIDAD

2001 South State St. S-2500

SLC, UT 84190

Tel: 385-468-4114

