OPSAM HEALTH
Caring for the Community Since 1973

Autorización de HIPAA para el uso o la divulgación de información de salud protegida

Importante

Este formulario de HIPAA autoriza la divulgación de expedientes generales de tratamiento médico, dental y de salud conductual, registros de facturación y otra información de salud según se solicita a continuación. Complete todas las secciones aplicables de este formulario de Autorización de HIPAA.

Si las secciones están incompletas o son incongruentes, es posible que no se acepte este formulario. Este formulario no puede usarse si ha vencido o ha sido revocado.

No se incluyen las notas de psicoterapia. Use la Autorización de Notas de Psicoterapia de Opsam Health por separado para las notas de psicoterapia.

1. Información del paciente

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

2. Proveedor u organización autorizado para DIVULGAR/ENVIAR la información

☐ Opsam Health

☐ Otro proveedor u organización indicado a continuación

Nombre del proveedor u organización que divulga: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax o correo electrónico seguro: _____

3. Persona u organización autorizada para RECIBIR la información

☐ Opsam Health

☐ Otro proveedor u organización indicado a continuación

Nombre del destinatario: _____

Relación con el paciente: _____

Teléfono: _____ Fax o correo electrónico seguro: _____

Dirección: _____

OPSAM HEALTH
Caring for the Community Since 1973

4. Finalidad de la solicitud

El uso o la divulgación es para el o los fines específicos marcados y descritos a continuación:

- ☐ A solicitud de la persona
- ☐ Para tratamiento, pago u operaciones de atención médica
- ☐ Administración de seguro, pagos o beneficios
- ☐ Asuntos legales. Describa a continuación el asunto y el uso por parte del destinatario.
- ☐ Otro: _____

Finalidad específica y uso o limitaciones del destinatario:

_____

Límites adicionales solicitados por el paciente:

_____

5. Expedientes generales que se divulgarán y fechas de los servicios

Indique el período correspondiente a los expedientes solicitados:
(Marque únicamente los expedientes que pueden divulgarse)

- ☐ Expedientes médicos y de facturación completos para el intervalo de fechas anterior, excepto los expedientes excluidos por la ley y las categorías de información sensible que no se autorizaron específicamente en la Sección 6
- ☐ Notas de consultas médicas, historias clínicas y exámenes físicos, notas de evolución, evaluaciones y planes de atención
- ☐ Expedientes dentales
- ☐ Expedientes de tratamiento de salud conductual, excluidas las notas de psicoterapia
- ☐ Lista e historial de medicamentos
- ☐ Resultados de laboratorio
- ☐ Imágenes, estudios diagnósticos e informes
- ☐ Registros de vacunación
- ☐ Remisiones, notas de consultas y expedientes de coordinación de la atención
- ☐ Registros de facturación, reclamaciones, pagos o elegibilidad
- ☐ Otros expedientes específicos: _____

6. Expedientes sensibles: se requiere autorización específica

Entiendo que estas categorías pueden tener protecciones adicionales conforme a las leyes federales de California.

OPSAM HEALTH
Caring for the Community Since 1973

Opsam Health no divulgará una categoría de información sensible, salvo que la casilla correspondiente esté marcada y lleve las iniciales a continuación, o que la ley permita o exija la divulgación de otro modo.

Al marcar y colocar mis iniciales en la(s) casilla(s) que aparece(n) a continuación, acepto que autorizo la divulgación de los expedientes especificados.
Si el paciente es menor de edad y los expedientes se relacionan con servicios para los cuales el menor podía dar legalmente su consentimiento, es posible que el menor deba firmar esta autorización.

Iniciales	**Categoría:**
_____	☐ Resultados de pruebas del VIH. Autorizo específicamente la divulgación de los resultados de las pruebas del VIH.
_____	☐ Expedientes de infecciones de transmisión sexual o enfermedades transmisibles.
_____	☐ Expedientes de pruebas genéticas.
_____	☐ Expedientes de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, incluidos los expedientes protegidos por 42 CFR Parte 2.
_____	☐ Expedientes de medicamentos para el trastorno por consumo de opioides o de tratamiento asistido con medicamentos.
_____	☐ Expedientes de salud reproductiva o sexual, incluidos anticoncepción, fertilidad, embarazo, aborto o servicios relacionados con el aborto.
_____	☐ Expedientes de atención de afirmación de género.
_____	☐ Expedientes relacionados con agresión sexual o violencia de pareja.
_____	☐ Expedientes de servicios consentidos por un menor, únicamente si están firmados por el menor o la ley permite la divulgación de otro modo.
_____	☐ Otros expedientes sensibles descritos específicamente aquí: _____

7. Vencimiento

Las autorizaciones de California deben incluir una fecha de vencimiento específica. Si la fecha de vencimiento se deja en blanco, Opsam Health puede considerar que la autorización está incompleta o, únicamente cuando la ley lo permita, que vence 12 meses después de la fecha de la firma.

A menos que el paciente la revoque o que la ley permita una fecha de vencimiento posterior, esta autorización vencerá en la fecha especificada a continuación o 12 meses después de la fecha de la firma, lo que ocurra primero.

OPSAM HEALTH
Caring for the Community Since 1973

Fecha de vencimiento de esta autorización:
(Ejemplo: MM/DD/AAAA.)

_____

Si es superior a un año, motivo o solicitud específica del paciente:

_____

8. Lea antes de firmar

- Autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud identificable individualmente según se describe en esta autorización.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria y que Opsam Health no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para beneficios a que yo firme esta autorización, salvo en la medida en que la ley lo permita.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud escrita a Registros Médicos de Opsam Health, 637 3rd Avenue, Suite E1, Chula Vista, CA, 91910; por fax al (619)-474-4008; por correo electrónico a medicalrec@opsam.org; o mediante la ubicación del portal designada por Opsam Health. La revocación no afectará las divulgaciones ya realizadas con fundamento en esta autorización antes de recibirse la revocación.
- Conforme a la ley de California, es posible que se prohíba al destinatario de información médica recibida en virtud de esta autorización volver a divulgarla, salvo con mi autorización escrita o según lo exija o permita específicamente la ley.
- Si el destinatario no es un plan de salud, una cámara de compensación de atención médica o un proveedor de atención médica sujeto a HIPAA, es posible que la información divulgada deje de estar protegida por las normas federales de privacidad de HIPAA. Es posible que sigan aplicándose otras leyes federales o de California sobre privacidad.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada. Si Opsam Health solicita una copia de esta autorización para usar o divulgar mi información de salud,

  recibiré una copia de la autorización firmada e instrucciones para obtener copias adicionales impresas o digitales.
- Solo podrán cobrarse tarifas razonables por copias, franqueo o medios electrónicos conforme lo permita la ley aplicable.

OPSAM HEALTH
Caring for the Community Since 1973

- Si falta algún elemento requerido, ha vencido, se sabe que es falso o es incongruente con la divulgación solicitada, Opsam Health puede considerar inválida la autorización.

9. Firma

Al firmar a continuación, confirmo que he leído esta autorización o que me la han explicado, que la entiendo y que autorizo el uso o la divulgación de la información descrita anteriormente.

Nombre del paciente en letra de molde: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de firma: _____

Teléfono: _____

Firma del paciente: _____

Si firma una persona distinta del paciente:

☐ Padre, madre o tutor legal ☐ Curador Legal

☐ Agente de atención médica o representante personal ☐Otro:

Descripción de la autoridad legal para firmar: _____

Documentación de la autoridad revisada, si corresponde: _____

Firma del representante legal, si corresponde: _____

Fecha de firma: _____

Relación con el paciente: _____

For Opsam Health Use Only - *Not Part of Patient Authorization*

☐ Patient identity verified
☐ Legal representative authority reviewed, if applicable
☐ Sensitive-content restrictions reviewed before disclosure
☐ Copy of signed authorization provided or instructions for copy access provided

Staff name: _____ Date received: _____ Date completed: _____