



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Desarrollado por el Código de Salud y Seguridad de Texas, § 181.154(d)
Entrada en vigencia: junio de 2013

Lea el formulario en su totalidad antes de firmar y complete todas las secciones que aplican a sus decisiones respecto de la divulgación de información médica protegida. Las entidades cubiertas, según las define la Ley HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.001, deben obtener la autorización firmada de una persona o del representante legalmente autorizado de esa persona para divulgar de manera electrónica la información médica protegida de esa persona. No se requiere autorización para las divulgaciones relacionadas con tratamiento, pago, operaciones de atención médica, determinadas funciones del seguro o actividades de algún otro modo autorizadas por ley. Las entidades cubiertas pueden usar este formulario o cualquier otro formulario que cumpla con HIPAA, la Ley de privacidad médica de Texas y otras leyes aplicables. No se puede negar tratamiento a una persona por no haber firmado este formulario de autorización, y negarse a firmar este formulario no afectará el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios.

NOMBRE DE LA PERSONA O PACIENTE

Apellido Primer nombre Segundo nombre
OTRO(S) NOMBRE(S) UTILIZADO(S)
FECHA DE NACIMIENTO Mes Día Año
DIRECCIÓN
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO () TEL. ALTERNATIVO ()
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (Opcional):

AUTORIZO A LAS SIGUIENTES PERSONAS A DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DE LA PERSONA:

Nombre de la persona/organización
Dirección
Ciudad Estado Código postal
Teléfono () Fax

MOTIVO PARA LA DIVULGACIÓN (Elija solo una opción a continuación)

- Tratamiento/Continuar con la atención médica
Uso personal
Facturación o reclamos
Seguro
Fines legales
Determinación de discapacidad
Escuela
Trabajo
Otro

¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA?

Nombre de la persona/organización
Dirección
Ciudad Estado Código postal
Teléfono () Fax
Correo electrónico

¿QUÉ INFORMACIÓN PUEDE DIVULGARSE? Complete lo siguiente indicando aquellos puntos que desea divulgar. Se requiere la firma de un paciente menor de edad para la divulgación de algunos de estos puntos. Si toda la información médica será divulgada, entonces marque solo el primer casillero.

- Toda la información médica
Órdenes del médico
Notas de avance
Informes de patología
Antecedentes/examen físico
Alergias del paciente
Resumen de alta
Información sobre facturación
Medicamentos anteriores y actuales
Informes de operaciones
Informes de pruebas diagnósticas
Imágenes e informes de radiología
Resultados de laboratorio
Informes de consultas
Informes de cardiología/electrocardiogramas
Otra información

Se requieren sus iniciales para divulgar la siguiente información:

Registros de salud mental (excluidas las notas de psicoterapia)
Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias
Información genética (incluidos los resultados de pruebas genéticas)
Tratamiento/Resultados de pruebas de detección de VIH/SIDA

PERÍODO DE VIGENCIA. Esta autorización es válida hasta que la persona fallezca, alcance la mayoría de edad o se retire el permiso, o la fecha que se especifica a continuación (opcional), lo que ocurra primero: Mes Día Año

DERECHO A REVOCAR: Comprendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento por medio de una notificación escrita que declare mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización mencionada bajo "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA". Comprendo que las acciones anteriores llevadas a cabo en relación con esta autorización por entidades que tenían permiso a acceder a mi información médica no se verán afectadas.

AUTORIZACIÓN PARA LA FIRMA: He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información, tal como se describe. Comprendo que negarme a firmar este formulario no detiene la divulgación de la información médica que haya ocurrido antes de la revocación o que de algún otro modo esté permitida por la ley sin mi autorización o consentimiento específico, incluidas las divulgaciones a las entidades cubiertas, según lo determina el Código de Salud y Seguridad de Texas, § 181.154(c) y/o el artículo 45 del Código de Reglamentos Federales, § 164.502(a)(1). Comprendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede quedar sujeta a la redivulgación por parte del receptor y puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad estatales y federales.

FIRMA X Firma de la persona o del representante legalmente autorizado de la persona
Nombre en letra imprenta del representante legalmente autorizado (si corresponde):
Si es el representante, especificar la relación con la persona: Padre/madre del menor Tutor(a) Otro

Se requiere la firma de un menor para la divulgación de ciertos tipos de información, incluida, por ejemplo, la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, abuso de drogas, alcohol o sustancias, y tratamiento de salud mental (Consulte, por ejemplo, el Código Familiar de Texas, § 32.003).

FIRMA X Firma del menor FECHA

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Desarrollado por el Código de Salud y Seguridad de Texas, § 181.154(d)

Entrada en vigencia: junio de 2013

El Fiscal General de Texas ha adoptado la Autorización estándar para divulgación de información médica protegida, de acuerdo con el Código de Salud y Seguridad de Texas, § 181.154(d). Este formulario ha sido diseñado para su uso en cumplimiento con los requisitos de la Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros médicos y los Estándares de privacidad (HIPAA) y la Ley de privacidad médica de Texas (Código de Salud y Seguridad de Texas, capítulo 181). **Las entidades cubiertas pueden usar este formulario o cualquier otro formulario que cumpla con HIPAA, la Ley de privacidad médica de Texas y otras leyes aplicables.**

Las entidades cubiertas, según las define la Ley HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.001, deben obtener la autorización firmada de una persona o del representante legalmente autorizado de esa persona para divulgar de manera electrónica la información médica protegida de esa persona. No se requiere autorización para las divulgaciones relacionadas con tratamiento, pago, operaciones de atención médica, determinadas funciones del seguro o actividades de algún otro modo autorizadas por ley. (Código de Salud y Seguridad de Texas, §§ 181.154(b), (c), § 241.153; 45 CFR §§ 164.502(a) (1); 164.506, y 164.508).

La autorización provista por el uso del formulario significa que la organización, entidad o persona autorizada puede divulgar, comunicar o enviar la información médica protegida de la persona mencionada a la organización, entidad o persona identificada en el formulario, incluso mediante cualquier medio electrónico.

Definiciones - En el formulario, los términos “tratamiento”, “operaciones de atención médica”, “notas de psicoterapia” e “información médica protegida” son como se definen en HIPAA (45 CFR 164.501). “Representante legalmente autorizado”, según se usa en el formulario, incluye cualquier persona autorizada a actuar en nombre de otra persona. (Código Ocupacional de Texas, § 151.002(6); Código de Salud y Seguridad de Texas, §§ 166.164, 241.151; y Código Sucesorio de Texas, § 3(aa)).

Información médica a divulgar - Si se selecciona “Toda la información médica” para la divulgación, la información médica incluye, entre otros, todos los registros y otra información respecto de los antecedentes médicos, tratamientos, hospitalizaciones, exámenes y atención ambulatoria, y también registros informativos que puedan contener información médica. Como se indica en el formulario, se requiere autorización específica para la divulgación de información acerca de ciertas condiciones delicadas, que incluyen:

- Registros de salud mental (excluidas las “notas de psicoterapia” como se define en HIPAA en el artículo 45 del Código de Reglamentos Federales, 164.501).
- Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias.
- Registros o pruebas relacionadas con el VIH/SIDA.
- Pruebas o enfermedades genéticas (heredadas) (excepto que esté prohibido por el artículo 45 del Código de Reglamentos Federales, § 164.502).

Nota sobre la divulgación de registros médicos - No se requiere este formulario para permitir la divulgación de la información médica protegida de una persona a la persona o el representante legalmente autorizado de la persona. (45 C.F.R. §§ 164.502(a) (1) (i), 164.524; Código de Salud y Seguridad de Texas, § 181.102). Al solicitar una copia de los registros médicos de la persona con este formulario, las leyes estatales y federales permiten dicho acceso, a menos que dicho acceso sea determinado por el médico o proveedor de salud mental como dañino para la salud física, mental o emocional de la persona. (Código de Salud y Seguridad de Texas, §§ 181.102, 611.0045; Código Ocupacional de Texas, § 159.006(A); 45 C.F.R. § 164.502(a) (1)). Si se especifica un proveedor de atención médica en la sección “Quién puede recibir y usar la información médica” de este formulario, entonces el permiso para recibir información médica protegida también incluye médicos, otros proveedores de atención médica (como enfermeras y personal médico) que participan en la atención médica de la persona en las instalaciones de dicha entidad o el consultorio de dicha persona, y proveedores de atención médica que cubren o están de guardia para la persona u organización especificada, y agentes o miembros del personal (como socios comerciales u organizaciones de servicios calificadas) que llevan a cabo actividades y fines permitidos por la ley para dicha persona o entidad cubierta especificada. Si se especifica una entidad cubierta que no sea un proveedor de atención médica, entonces el permiso para recibir la información médica protegida también incluye al personal de la organización o agentes y subcontratistas que llevan a cabo actividades y fines permitidos por este formulario para dicha organización. Las personas pueden tener derecho a restringir ciertas divulgaciones de información médica protegida relacionadas con servicios pagados por completo por la persona (45 C.F.R. § 164.522(a) (1) (vi)).

Autorizaciones para fines de venta y marketing - Si esta autorización se otorga para fines de venta y marketing y la entidad cubierta recibirá remuneración directa o indirecta de un tercero en conexión con el uso o divulgación de la información de la persona para marketing, la autorización debe indicar claramente la persona de la remuneración en cuestión. (Código de Salud y Seguridad de Texas §181.152, .153; 45 C.F.R. § 164.508(a) (3), (4)).

Limitaciones de este formulario - Este formulario de autorización no se utilizará para la divulgación de ninguna información médica relacionada con: (1) inscripción en un plan de beneficios médicos y/o determinaciones de inscripción relacionadas (45 C.F.R. § 164.508(b)(4)(ii), .508(c)(2)(ii)); (2) notas de psicoterapia (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(ii)); o con fines de investigación (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(i)).

El uso de este formulario no exime a ninguna entidad del cumplimiento de las reglamentaciones y leyes estatales o federales aplicables respecto del acceso, uso o divulgación de información médica u otra información personal delicada (por ejemplo, artículo 42 del CFR Parte 2, restricción del uso de información relacionada con el tratamiento y abuso de drogas/alcohol), y no le otorga el derecho a ninguna entidad ni a sus empleados, agentes o personas asignadas a ninguna limitación de responsabilidad por los actos u omisiones en relación con el acceso, uso o divulgación de información médica obtenida a través del uso del formulario.

Cargos - Algunas entidades cubiertas pueden cobrar una tarifa por procesamiento/recuperación de datos y por las copias de los registros médicos. (Código de Salud y Seguridad de Texas, § 241.154).

Derecho a recibir una copia - La persona o el representante legalmente autorizado de la persona tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.