



## Autorización para divulgar o solicitar Información de salud protegida

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:		
Apellido:		Nombre:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		Fecha de nacimiento:

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CENTRO DE CUIDADO DE LA SALUD QUE DIVULGA LA INFORMACIÓN:		
Proveedor:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		Fax:
Desde: / /	Hasta: / /	<input type="checkbox"/> Todas las fechas pasadas y futuras
Fecha de inicio		Fecha de finalización

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CENTRO DE CUIDADO DE LA SALUD QUE SOLICITA LA INFORMACIÓN [ENVIAR A]:		
Proveedor:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		Fax:
Desde: / /	Hasta: / /	<input type="checkbox"/> Todas las fechas pasadas y futuras
Fecha de inicio		Fecha de finalización

### FIRMA (REQUERIDA):

Entiendo que, al firmar y enviar este formulario, autorizo a la clínica nombrada a continuación a recibir o divulgar mis expedientes médicos completos, incluidos los siguientes datos:

\_\_\_\_\_ Nombre de la clínica

#### Mis expedientes de salud completos, lo que incluye:

Salud mental       VIH o SIDA       Enfermedades transmisibles

Tratamiento por abuso de alcohol/drogas

Diagnóstico, pruebas de laboratorio, pronóstico, tratamiento y facturación de todas las condiciones

#### A los efectos de:

Consultas o tratamientos médicos       Pago de facturas o reclamaciones

#### Otros fines, según yo lo pudiera indicar:

\_\_\_\_\_



## Autorización para divulgar o solicitar Información de salud protegida

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Entiendo lo siguiente:

<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Esta autorización es válida para la información ya existente y para cualquier información que pueda generarse mientras esta autorización tenga vigencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ La revocación <b>no</b> se aplica a mi compañía de seguros cuando la ley otorga a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación en virtud de mi póliza.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Tengo derecho a ver cualquier información que se difunda de conformidad con esta autorización de divulgación y puedo solicitar ver esta información durante el horario de atención normal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Autorizar la divulgación de esta información es un acto voluntario y puedo negarme a firmar esta autorización.</li> <li>♦ No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento, el pago o la elegibilidad en cuanto a los servicios.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Puedo revocar mi autorización en cualquier momento y la revocación no se aplicará a información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Si las personas u organizaciones autorizadas para recibir esta información no son un plan de salud ni un proveedor de cuidado de la salud, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad. Sin embargo, pueden existir otras leyes estatales o federales que exijan que se mantenga la confidencialidad de la información</li> </ul>

A menos que se revoque de otra manera, esta autorización caducará a los 12 meses a partir de la fecha de la firma

Yo reconozco que he leído este formulario, o que me lo han leído, y de que entiendo su contenido.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre del intérprete/traductor (si es necesario)

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

### SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

\_\_\_\_\_  
Personal de la oficina (nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de la oficina

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Autorización para divulgar o solicitar Información de salud protegida

¡Importante!

En CenterWell Senior Primary Care es importante que reciba un trato justo.

CenterWell Senior Primary Care (CenterWell) no discrimina ni excluye a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión. La discriminación es ilegal. CenterWell cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables. Si cree que CenterWell lo ha discriminado, hay maneras de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja a:

Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al: **1-877-320-2188** o si usa un TTY, llame al **711**.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.** de manera electrónica a través de su portal de quejas, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o al **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Residentes de California:** puede llamar a la línea directa gratuita del Departamento de Seguros de California: **1-800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja.

Tiene a su disposición asistencia y servicios auxiliares sin cargo. **1-877-320-2188 (TTY: 711)**

CenterWell proporciona asistencia y servicios auxiliares gratuitos, como intérpretes de lenguaje de señas calificados, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dicha asistencia y servicios auxiliares son necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades para participar.

Language assistance services, free of charge, are available to you. **1-877-320-2188 (TTY: 711)**

**Español (Spanish):** Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

**繁體中文 (Chinese):** 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

**Tiếng Việt (Vietnamese):** Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

**한국어 (Korean):** 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

**Tagalog (Tagalog – Filipino):** Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

**Русский (Russian):** Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** Rele nimewo ki pi wo la a, pou resewva sèvis èd pou lang ki gratis.

**Français (French):** Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

**Polski (Polish):** Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

**Português (Portuguese):** Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

**Italiano (Italian):** Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

**Deutsch (German):** Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

**日本語 (Japanese):** 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

**فارسی (Farsi)**

**Diné Bizaad** برای دریافت نسیه‌بالت زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

**ĔNavajo:** W0dah7 b44sh bee hani7 bee wolta7g7 bich79' h0d77nih 47 bee t'11 jiiik'eh saad bee 1k1'1n7da'1wo'd66 nik1'adoowo[.

**العربية (Arabic)**

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

GCHJV5REN 0220