



HIPAA Privacy Authorization Form

Yo, _____ autorizo a: _____
Nombre del paciente Fecha de nacimiento Nombre del centro

Para revelar y divulgar mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre	Dirección, ciudad, estado, código postal y teléfono	Relación

Autorizo la divulgación de la PHI durante el siguiente período:

Desde: _____ Hasta: _____ -O- Todas las fechas pasadas y futuras
Start Date End Date

Se puede divulgar la siguiente PHI (marque todas las opciones que correspondan):

Mis expedientes de salud completos (incluidos: salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA, tratamiento por abuso de alcohol/drogas, diagnóstico, pruebas de laboratorio, pronóstico, tratamiento y facturación de todas las afecciones)

Mis expedientes de salud completos, según lo anterior, a excepción de la siguiente información (marque todas las opciones que correspondan)

- Expedientes de salud mental
- Tratamiento por abuso de alcohol/drogas
- Asesoramiento genético/información sobre pruebas
- Enfermedades transmisibles (entre ellas, VIH, SIDA y ETS)
- Otra: _____

HIPAA Privacy Authorization Form

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Entiendo lo siguiente:

- ♦ Esta autorización es válida para la información que ya figure en mi expediente médico y para cualquier información que se agregue mientras esta autorización tenga vigencia.
- ♦ Puedo solicitar ver esta información durante el horario de atención normal.
- ♦ Puedo retirar mi aprobación, para lo cual debo completar el formulario Revocación de la autorización en cualquier momento. El formulario Revocación de la autorización no se aplica a:
 - Información que ya se haya divulgado durante la vigencia de esta autorización.
 - Mi compañía de seguros cuando la ley otorga a mi aseguradora los derechos de impugnar una reclamación en virtud de mi póliza.
- ♦ 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.
- ♦ Autorizar esta divulgación de información es un acto voluntario y puedo negarme a firmar.
- ♦ No estoy obligado a firmar este formulario para recibir tratamiento.
- ♦ Esta información médica puede ser utilizada por las personas que autorizo a recibir esta información en lo que se refiere a:
 - Consultas o tratamientos médicos
 - Pago de facturas o reclamaciones
 - Otros fines, según yo lo pudiera indicar

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.

Firma _____ Fecha _____

Parentesco con el paciente:

Si firma una persona que no es usted, verifique la relación y proporcione una prueba de autoridad.

Usted Representante legal* Padre/madre de un menor de edad Orto (especifique)

**Nombre del intérprete/traductor (si es necesario)

Teléfono

*** Si firma una persona que no es usted, verifique la relación y proporcione una prueba de autoridad para hacerlo.**

**** Si se requirió un traductor o intérprete.**

SOLO PARO USO ADMINISTRATIVO

Nombre del personal de la oficina (en
letra de imprenta)

Firma

Fecha

HIPAA Privacy Authorization Form

¡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 resevwa 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 نسیه‌یالت زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

ĔNavajo: W0dah7 b44sh bee hani7 bee wolta7g7 bich9' h0d77nih 47 bee t'11 jiik'eh saad bee 1k1'1n7da'1wo'd66 nik1'adoowo[.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك