



**Autorización para Divulgar Información Sanitaria**

Este formulario te permite dar permiso por escrito (llamado "autorización") para que tu información sanitaria se comparta con otra persona. Debemos contar con tu autorización para compartir tu información por motivos que no estén relacionados con tu tratamiento, pago o operaciones sanitarias, salvo que la ley lo permita o exija lo exigido. Por favor, lea este formulario con atención antes de firmar.

**SECCIÓN 1—Individuo cuya información será compartida**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SECCIÓN 2—¿Quién puede divulgar y recibir mi información?** Por favor, rellene el nombre y los datos de contacto de la persona u organización a la que desea que enviemos su información.

Organización que Divulga la Información	Destinatario autorizado de información
Nombre: _____	Nombre: <b>Madelia Health</b>
Dirección: _____ _____	Dirección: 121 Drew Ave SE Madelia MN 56062
Teléfono: _____	Teléfono: (507) 642-3255
Fax: _____	Fax: (507) 642-8010
Correo electrónico: _____	Correo electrónico: HIM@madelihealth.org

**SECCIÓN 3—¿Qué información se puede compartir?** *Comprueba todo lo que se aplica*

**Todos mis historiales médicos:** Esto incluye toda la información sanitaria de mi historial, como diagnósticos, tratamientos, resultados de pruebas, medicación, notas clínicas e información de facturación, salvo que lo limite por aquí.

**Registros de este rango de fechas:** De: \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Para: \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Registros sobre una condición o tipo de atención específica (describir):**

**SECCIÓN 4—Información Sanitaria Sensible:** Parte de la información sanitaria tiene protecciones legales especiales. Para autorizar la compartición de cualquiera de las siguientes opciones, coloca tus **iniciales** junto a cada categoría que apruebes. Si no pones tus iniciales junto a una categoría, **no** facilitaremos la información.

Iniciales	Categoría	Descripción
_____	Mental/Conductual Salud	Incluye evaluaciones, diagnósticos, medicamentos o tratamientos para la salud mental o conductual. Las notas de psicoterapia requieren una autorización separada.



_____	Trastorno por consumo de sustancias (SUR) Récorde	Incluye información general sobre el consumo de sustancias, como visitas a urgencias, medicamentos o diagnósticos. Estos registros están protegidos por la HIPAA, pero <b>no están</b> cubiertos por las protecciones más estrictas del <b>42 CFR Parte 2</b> . Si los registros están cubiertos por <b>la Parte 2</b> , un se requiere un formulario de consentimiento o una orden judicial separada para compartirlos.
_____	Relacionado con el VIH/SIDA Información	Incluye el estado serológico, los resultados de las pruebas y la atención relacionada. Puede que sea necesario un aparte. Autorización depende de la ley estatal.
_____	Información genética	Incluye resultados de pruebas genéticas, antecedentes familiares o asesoramiento genético. Protegido por HIPAA y la Ley de No Discriminación en Información Genética (GINA).
_____	Salud sexual/reproductiva	Incluye anticonceptivos, fertilidad, pruebas de ITS, servicios de aborto y atención relacionada. Algunas divulgaciones pueden requerir pasos adicionales, como una atestado.
_____	Otros ( <i>Explica</i> )	_____

**SECCIÓN 5—Motivo para compartir mi información:** Por favor, marque una casilla para explicar por qué autoriza la divulgación de información.

A petición mía  Otros (*Explica*): \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 6—¿Cuándo expira esta autorización?** Esta autorización caducará cuando elijas, pero si no seleccionas una opción, solo será válida para la solicitud única.

Después de esta única vez la solicitud se ha completado  Un (1) año desde la fecha  En la siguiente fecha, evento o condición (*especificar*): \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 7—Sus derechos e información importante**

Al firmar este formulario, reconoces que entiendes lo siguiente:

- No tienes que firmar este formulario. En la mayoría de los casos, aún puedes obtener atención, seguro o beneficios. Pero algunas situaciones —como solicitudes de seguros de vida o estudios de investigación— pueden requerirlo legalmente.
- El destinatario puede compartir tu información de nuevo. Una vez que tu información se comparte con otra persona, puede que no estén obligados a seguir las mismas normas de privacidad (como HIPAA).
- Puedes cancelar esta autorización en cualquier momento, y cancelar no afectará a ninguna información ya compartida según este formulario. Para ello, escriba a: **Health Information 121 Drew Ave SE, Madelia MN 56062 Teléfono- (507)642-3255 Fax- (507)642-8010**
- Tienes derecho a una copia de este formulario firmado. Guárdalo para tus registros



Firma de un representante individual o autorizado:

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre impreso del representante autorizado (*si no está firmado por la persona*)

\_\_\_\_\_

Relación con el individuo \_\_\_\_\_