



Autorización para la liberación de información de salud protegida

Descripción: Este formulario permite al Condado de Travis usar y divulgar cierta información de salud protegida como se describe a continuación.

Parte I: ¿A quién se aplica la autorización?

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 de SSN: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono: (____) _____

Parte II: ¿A quién podemos divulgar la información y con qué propósito?

Autorizo al Condado de Travis _____ a usar y divulgar la información de salud descrita en la Parte III en: _____ Nombre del Departamento o Programa

Nombre del destinatario: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono: (____) _____ Número de fax: (____) _____

A efectos de:

<input type="checkbox"/>	Tratamiento/atención continua	<input type="checkbox"/>	Seguro	<input type="checkbox"/>	Escuela
<input type="checkbox"/>	Uso personal	<input type="checkbox"/>	Cuestiones legales	<input type="checkbox"/>	Empleo
<input type="checkbox"/>	Facturación o reclamaciones	<input type="checkbox"/>	Determinación de la discapacidad	<input type="checkbox"/>	Otro _____

Parte III: ¿Qué información se puede divulgar? Marque solo los elementos que desea que se divulguen. Si se va a publicar toda la información de salud, marque solo la primera casilla. Tenga en cuenta que sus iniciales o la firma de un menor que consienta¹ pueden ser necesarias para la liberación de algunos de estos elementos.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Toda la información de salud | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico | <input type="checkbox"/> Resumen de alta |
| <input type="checkbox"/> Historia/Examen físico | <input type="checkbox"/> Informes de consulta | <input type="checkbox"/> Información de facturación |
| <input type="checkbox"/> Drogas pasado/presente | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Sus iniciales son necesarias para liberar la siguiente información:

_____ Mental registros de salud (excluyendo notas de psicoterapia) _____ Archivo que contienen información genética
_____ Registros de tratamiento de abuso de drogas, alcohol o sustancias _____ Registros que contienen resultados o tratamientos de pruebas de VIH/SIDA

Se requiere la firma de un menor que consienta para divulgar la siguiente información:

Registros relacionados con el tratamiento hospitalario, médico o quirúrgico para el embarazo
Registros relacionados con el examen y tratamiento de la adicción, dependencia o uso de drogas o químicos
Registros de consejería relacionados con la prevención del suicidio, la adicción o la dependencia química, o el abuso sexual, físico o emocional

Registros relacionados con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas, contagiosas o transmisibles de declaración obligatoria

Parte IV: ¿Cuándo expirará esta autorización?

Esta autorización es válida hasta: (i) la muerte de la persona cuya información va a ser divulgada; ii) la persona alcanza la mayoría de edad; iii) se retira la autorización; o (iv) la próxima fecha específica _____, la que ocurra primero.

Parte V: Información importante

- Este formulario de autorización no prohíbe que el Condado de Travis divulgue ninguna información de salud protegida según lo permitido por las leyes federales y estatales.
- Esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento antes de su fecha de caducidad. Para revocar esta autorización, simplemente notifique por escrito a la dirección establecida en las Instrucciones de envío a continuación.
- La revocación de esta autorización no afectará los usos o divulgaciones que ocurrieron antes de la fecha en que el Condado de Travis recibió la revocación y no será efectiva para revocar las autorizaciones obtenidas como condición para obtener cobertura de seguro si la aseguradora tiene el derecho legal de impugnar un reclamo.
- Una vez que la información de salud protegida se divulga a los destinatarios descritos en la Parte II, la información tiene el potencial de ser divulgada por estos destinatarios y ya no puede ser protegida por la Regla de Privacidad de HIPAA. El Condado de Travis no es responsable de ninguna divulgación adicional por parte de los destinatarios.
- No estoy obligado a firmar esta Autorización para recibir ningún tratamiento de atención médica, para inscribirme en un plan de salud o para ser elegible para los beneficios.

Firma de la persona (o representante personal)

Fecha

Si usted es un representante personal de la persona, proporcione su nombre, dirección, número de teléfono, relación con la persona y prueba * de su estado legal como representante personal:

Nombre: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono: (H) _____

(W) _____

Relación con el individuo: _____

**El Condado de Travis aceptará documentación como un testamento ejecutado, un poder notarial o una orden judicial como prueba de su relación legal. También debe proporcionar una identificación válida con foto emitida por el gobierno.*

Instrucciones de envío

Complete este formulario y devuélvalo a:

HIPAA Compliance and Privacy Office
700 Lavaca, Ste. 400
Austin, TX 78701

También puede enviar un formulario escaneado por correo electrónico a: privacy@traviscountytexas.gov

**SOLO PARA USO EN LA
OFICINA**

Fecha de recepción: _____ Recibido por: _____ Título: _____

Verificación de la identidad del solicitante:

- Identificación con foto
- Información de identificación
- Firma coincidente
- Otro: _____

Si la solicitud fue presentada por un Representante Personal, la autoridad del Representante Personal fue verificada por:

- Testamento ejecutado
- Documentación del poder notarial
- Autorización firmada por el individuo
- Otros _____

Fecha en que se divulgó/publicó la PHI: _____

Nota 1: Un menor es una persona menor de 18 años de edad, que no está ni ha estado casada, o que no ha tenido las discapacidades minoritarias eliminadas por el tribunal. Un menor puede dar su consentimiento para recibir tratamiento médico, dental, psicológico / psicológico y quirúrgico en su nombre cuando:

- En servicio activo con las fuerzas armadas;
- A la edad de 16 años o más, el menor reside separado y separado de sus padres y administra sus asuntos financieros.
- El tratamiento es para una enfermedad infecciosa, contagiosa o transmisible que debe ser reportada por ley.
- El niño es soltero y está embarazada y el tratamiento está relacionado con el embarazo;
- El tratamiento es para la adicción o dependencia de drogas y productos químicos; o
- La consejería es para el abuso sexual, físico o emocional, la prevención del suicidio o la adicción o la dependencia química.

Nota 2: Una autorización para la divulgación de notas de psicoterapia debe completarse en un formulario separado y no se puede combinar con otras autorizaciones para la divulgación de información.