



## Formulario de autorización de privacidad de HIPAA

Nos esforzamos por alcanzar los más altos estándares de ética e integridad en la prestación de servicios para nuestros pacientes. Nuestra política es determinar adecuadamente los usos apropiados de la Información de Salud Personal (PHI) de acuerdo con las reglas, regulaciones y leyes gubernamentales. Queremos asegurarnos de que nuestra práctica nunca contribuye de ninguna manera a la creciente divulgación incorrecta de la PHI. Como parte de este plan, hemos implementado un programa de cumplimiento que creemos que nos ayudará a prevenir cualquier uso inapropiado de la PHI. Usted tiene derecho a revisar nuestro aviso de privacidad, solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito después de haber revisado nuestro aviso de privacidad.

**Autorizo al Centro de Alergia y Asma a usar y divulgar mi PHI a las siguientes personas:**

Cualquier miembro de mi familia

Sólo con los siguientes individuos:

---

No doy permiso para compartir mi información médica

**La autorización para la divulgación de información cubre el período de:**

Hasta que yo lo cancele por escrito

De \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

La persona puede usar esta información médica para tratamiento médico o consulta, facturación o pago de reclamos, u otros propósitos que pueda dirigir. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento.

Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a si firmo esta autorización.

Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser revelada por el destinatario y ya no puede estar protegida por el gobierno federal o estatal.

**Nombre del Paciente y/o Representante Autorizado:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha firmada:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_