



# Autorización para el Acceso de la Información Protegida de la Salud

Autorizo (nombre y dirección del abastecedor) \_\_\_\_\_ para lanzar la información de la salud del individuo nombrado abajo.

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_ Nombre de Madre y Padre \_\_\_\_\_

Autorizo la información para ser divulgado a y para ser discutido con el individuo(s) o el organization(s) siguiente:

Nombre \_\_\_\_\_ Organization \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

Con el fin de: \_\_\_\_\_

**El tipo y la cantidad de información que se divulgará es como sigue:** *(especifique las fechas cuando sea apropiado)*

- Expediente médico entero del, del \_\_\_\_\_ hasta la fecha \_\_\_\_\_
- Declaración sumaria del plan de diagnóstico de la prueba y del tratamiento, del \_\_\_\_\_ hasta la fecha \_\_\_\_\_
- Resultado Del Laboratorio, del \_\_\_\_\_ hasta la fecha \_\_\_\_\_
- Expedientes de la inmunización, del \_\_\_\_\_ hasta la fecha \_\_\_\_\_
- Examen del Bien-niño, del \_\_\_\_\_ hasta la fecha \_\_\_\_\_
- Examen dental, del \_\_\_\_\_ hasta la fecha \_\_\_\_\_
- Informes y evaluaciones de desarrollo, del \_\_\_\_\_ hasta la fecha \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_ (usted debe indicar específicamente el lanzamiento de expedientes referente abuso de la droga o de alcohol, abuso de niño, estado del VIH, la prueba genética, o a expedientes mentales de la salud. Una forma separada de la autorización se requiere para el lanzamiento de las notas de la sicoterapia.
- Consulta verbal según lo necesitado con \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización expirará, sin mi revocación expresa un año a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo revocar esta autorización en escribir en cualquier momento a menos que hasta el punto de la acción se haya tomado basada en esta autorización. Entiendo que tengo una derecha a una copia de esta autorización.

Entiendo que la autorización para el acceso de esta información de la salud es voluntaria y puedo rechazar firmar esta autorización. El tratamiento, el pago, la inscripción en el plan de la salud o la elegibilidad para las ventajas no se pueden condicionar en la obtención de la autorización de individual's. Entiendo que cualquier acceso de la información lleva con él el potencial para el re-acceso y la información está divulgada una vez, él puedo ser protegido no más de largo por reglas federales del secreto de HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante personal autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre personal de Representative's (impresión) y relación

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta autorización refleja los requisitos del HIPAA, 45 C.F.R.J 164.508.