



Autorización para el Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud

Información de Identificación de la Persona Cuyos Registros se Solicitan

Nombre de la Persona: _____ SSN: _____

La divulgación de su Número de Seguro Social no es obligatoria. La Agencia para la Administración de Servicios de Salud puede solicitar su Número de Seguro Social de acuerdo con la Sección 119.071, Estatutos de la Florida. Si se proporciona, la Agencia utilizará su información con el propósito de encontrar la información solicitada.

ID de Medicaid o Número de Tarjeta Oro: _____

Número de Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Registros específicos solicitados incluyendo el rango de fechas: _____

Persona(s), grupo o entidad a quien estos registros están siendo entregados a: _____

Propósito de esta divulgación: _____

Fecha en que deseo que expire esta revelación: _____

Hago **Yo no** incluyo la autorización específica para incluir documentos relacionados con condiciones de salud delicadas, incluyendo drogas, alcohol o abuso de sustancias, tratamiento psicológico o psiquiátrico, anemia de células falciformes, control de natalidad o planificación familiar, enfermedades o pruebas genéticas, tuberculosis, VIH / SIDA o enfermedades de transmisión sexual.

Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al Oficial de Privacidad de la Agencia o completando la sección de revocación en la segunda página de este formulario y enviándola a la dirección indicada para el Oficial de Privacidad de la Agencia. La información descrita anteriormente puede volver a ser revelada por la persona o grupo que estoy dando permiso a la Agencia para revelar a, y por lo tanto mi información ya no puede estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. Puedo inspeccionar o solicitar copias de cualquier información revelada por esta autorización si la Agencia inició esta solicitud de revelación. Puedo revocar esta autorización notificando a la Agencia por escrito con el entendimiento de que la información previamente divulgada no estaría sujeta a mi solicitud de revocación. Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, pago por servicios de atención médica o elegibilidad para beneficios.

DECLARE BAJO PENA DE LEY QUE LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y CORRECTA.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____

Autoridad Legal si es Diferente a la Persona: _____

Si usted es un representante legal de la persona cuya información está solicitando, debe proporcionar documentación que demuestre su autoridad legal para solicitar esta información (por ejemplo, poder documentos de tutela, formulario de sustitución de atención médica, Orden de nombramiento de Representante Personal, Cartas de Administración).



Autorización para el Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud

Instrucciones para Completar el Formulario de Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

1. Complete la primera página de este formulario y devuélvala a: **HIPAA Privacy Officer, Agency for Health Care Administration, 2727 Mahan Dr., MS #4, Tallahassee, FL 32308, Phone: 850-412-3960, Fax (850) 414-6837, Email HIPAAComplianceOffice@AHCA.MyFlorida.com.**
2. Tipos especiales de información de salud tienen leyes y reglas específicas que deben ser seguidas antes de que la información pueda ser revelada:

VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS): Toda la información sobre el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual está protegida por las leyes federales y estatales y no puede revelarse sin su autorización por escrito a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones. Para liberar información sobre el VIH/SIDA o las ETS, esta autorización debe incluir una declaración de la información específica sobre el VIH / SIDA o las ETS que usted está dando a la Agencia para divulgar. La re-revelación de la información sobre el VIH/SIDA no está permitida excepto en cumplimiento con la ley o con su permiso por escrito.

Tratamiento de Alcohol o Drogas: Los registros de tratamiento de alcohol y/o drogas están protegidos bajo leyes y regulaciones federales y estatales y no pueden revelarse sin su autorización por escrito, a menos que se disponga lo contrario en las leyes o regulaciones federales y estatales. Para divulgar información sobre el tratamiento de alcohol y/o drogas, esta autorización debe incluir una declaración específica de la información que usted está dando a la Agencia permiso para revelar (por ejemplo, "Para los propósitos de mi evaluación, plan de tratamiento, asistencia o plan de alta.") No se permite la re-revelación de sus registros de tratamiento de alcohol y/ o drogas, excepto de conformidad con la ley o con su permiso por escrito (ver 45 CFR Parte 2).

tratamiento de Salud Mental: Los registros de tratamiento de salud mental están protegidos bajo las leyes y regulaciones federales y estatales y no pueden revelarse sin su autorización por escrito a menos que se permita lo contrario en leyes o regulaciones federales o estatales. Para liberar información de tratamiento de salud mental, esta autorización debe incluir una declaración de la información específica que usted está dando a la Agencia permiso para divulgar (por ejemplo, "Para los propósitos de mi evaluación, plan de tratamiento, asistencia o plan de alta"). De las notas de su psicoterapeuta necesita permiso escrito por separado. La re- divulgación de sus registros de tratamiento de salud mental no está permitida excepto en cumplimiento con la ley o con su permiso por escrito.

| Revocación de la Autorización | | | |
|---|--|------------------------|---------------|
| Para revocar su autorización, por favor complete la siguiente sección y envíe el formulario al Oficial de Privacidad a la dirección indicada anteriormente. El uso de este formulario para revocar su autorización es opcional pero su solicitud de revocación de autorización debe estar por escrito. | | | |
| Nombre | | Fecha de Nacimiento | |
| Teléfono | | Social Security Number | |
| Medicaid ID o Número de Tarjeta Oro | | | |
| Dirección | | | |
| Ciudad | | Estado | Código Postal |
| Por la presente revoco mi autorización para que la Agencia para la Administración de la Salud divulgue mi información médica protegida a la(s) siguiente(s) persona(s), grupo o entidad: | | | |
| Firma | | Fecha | |
| Si usted es un representante legal de la persona cuya información está solicitando, debe proporcionar documentación que demuestre su autoridad legal para solicitar esta información (por ejemplo, una authorization, poder documentos de tutela, formulario de sustitución de atención médica, Orden de nombramiento de Representante Personal, Cartas de Administración). | | | |
| Representante Legal (Firma) | | | |
| Representante Legal (Nombre Impreso) | | | |
| Relacion del representante legal | | Fecha | |