



## AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA Y ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

University of Louisville Hospital     James Graham Brown Cancer Center

Yo, \_\_\_\_\_ [nombre y apellido en letra de imprenta], fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_, últimos 4 dígitos del número de seguro social: \_\_\_\_\_, por el presente autorizo a **la institución antes señalada** a usar y/o divulgar de la siguiente manera información sobre mi salud capaz de identificarme:

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) o a la organización \_\_\_\_\_ para recibir la información en formato  
 Impreso     Electrónico

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Núm telefónico: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cód postal: \_\_\_\_\_

La siguiente información de salud que identifica a la persona se puede usar y/o divulgar de la siguiente forma:

Seleccione  todo lo que corresponda :

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de dada de alta                     | <input type="checkbox"/> Resumen de expediente | <input type="checkbox"/> Informes de pruebas de laboratorio | <input type="checkbox"/> Expedientes de sala de emergencias |
| <input type="checkbox"/> Historial y expedientes de condición física | <input type="checkbox"/> Informes de consultas | <input type="checkbox"/> Informes operativos                | <input type="checkbox"/> Informes radiológicos              |
| <input type="checkbox"/> Notas de fisioterapias                      | <input type="checkbox"/> Todo                  |   |   |

\* Si elige esta opción de autorización, indique si University of Louisville Hospital recibirá compensación por usar y/o revelar su información salud de protegida.  SI     NO

Fechas de los tratamientos que se autoriza a revelar: \_\_\_\_\_

Autorizo a que se revele cualquier información que contengan los expedientes antes mencionados con respecto a tratamiento por abuso de drogas o alcohol, condiciones relacionadas con drogas, alcoholismo, condición psiquiátrica/mental, tratamiento psiquiátrico o de salud mental y/o condiciones relacionadas con VIH.

Razón o propósito para usar y/o revelar la información: \_\_\_\_\_

Entiendo que podrá haber un cargo para copiar mis expedientes médicos

**Prohibición de poner condiciones para la autorización:** University of Louisville Hospital no pondrá condiciones a su tratamiento basadas en la firma de la presente autorización, a menos que:

- usted reciba tratamiento relacionado con una investigación, y
- la única razón por la cual el establecimiento le provee cuidado médico es para proporcionar información a terceros, como su empleador (p. ej., evaluar su condición para retornar al trabajo), o la escuela (p. ej., examen físico).

**Revelación adicional:** Comprendo que la información que se utilice y/ revele de conformidad con la presente autorización podría ya no estar protegida por la ley federal de privacidad (conocida como HIPAA) y el receptor de su información de salud podría revelarla a otros. Sin embargo, de conformidad con los requisitos federales sobre la confidencialidad del abuso de sustancias Federal Substance Abuse Confidentiality Requirements, 42 CFR parte 2, el destinatario podría no estar autorizado a revelar información de identificación relacionada con el abuso de sustancias.

**Vencimiento:** La presenta autorización vencerá 90 días después de la fecha de su firma.

**Revocación:** Comprendo que podré revocar la presente autorización en cualquier momento, enviando una notificación escrita a la gerencia de información de salud (Health Information Management)

**University of Louisville Hospital  
Health Information Management  
530 S Jackson Street  
Louisville, KY 40201  
ATTN: ROI**

**Telephone: (502) 562-3062**

o llenando un formulario de autorización de revocación (Revocation of Authorization). Comprendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que University of Louisville Hospital haya tomado antes de haber recibido mi carta de revocación. Por ejemplo, University of Louisville Hospital no puede rescindir ninguna divulgación que ya haya realizado y podrá utilizar mi información de salud, según sea necesario, para facturar o cobrar servicios prestados

**Esta autorización es vinculante:** Las declaraciones que constan en la presente autorización rigen, son vinculantes y comprendo que tienen precedencia sobre las declaraciones contenidas en la notificación de prácticas de privacidad de University of Louisville Hospital.

### FIRMA DEL INDIVIDUO O DE SU REPRESENTANTE PERSONAL

### FECHA

Nombre en letra de molde del representante del individuo, cuando corresponda: \_\_\_\_\_

Justificación para considerarse el representante del individuo (progenitor, custodio legal, etc.): \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### SOLO PARA USO EXTERNO

Deben cumplirse las siguientes disposiciones cuando University of Louisville Hospital solicita una autorización para usar información de salud para fines internos:

#### Personal del establecimiento:

Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- ¿Se entregó una copia firmada a la persona?     SI     No
- ¿Acceso aprobado?     Si     No

