

Brindar mi información médica

(Autorización de HIPAA en lenguaje claro para la divulgación de información médica)

Comentario a los proveedores o departamentos de registros: Según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, las personas con discapacidades pueden, como una adaptación razonable, usar versiones simplificadas de los formularios para solicitar u otorgar permiso a otras personas para que estas accedan a su información. No existen formularios obligatorios federales ni estatales para la Autorización de HIPAA. Este formulario representa un modo válido para que la persona nombrada debajo pueda solicitar información y otorgar permiso a otras personas para que obtengan la información de esta persona según se detalla a continuación.

Mi nombre es: _____.

El nombre del consultorio u hospital de mi médico es: _____.

Se encuentra en esta ciudad: _____.

Mis médicos y enfermeros toman notas sobre mí. También, escriben acerca de las pruebas que me realizan. Estas notas se llaman **registros**.

Yo quiero compartir mi historia clínica.

Esta es la persona que puede ver mi historia clínica:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Esta persona puede ver lo siguiente: *(marcar una casilla)*

- Toda mi historia clínica.
- Solo parte de mi historia clínica. Estos son los registros que esta persona **puede ver**:

(Escriba cuáles registros usted quiere que la persona vea).

Esta persona puede ver mis registros hasta: *(marcar una casilla)*

Esta fecha:_____.

Cuando yo firme un formulario para indicar que esta persona ya no puede ver mi historia clínica.

Decidí compartir mi historia clínica con esta persona:_____.

Soy consciente de que no es obligatorio compartir mi historia clínica.

Soy consciente de que puedo terminar este acuerdo en cualquier momento.

Mis médicos y enfermeros tienen que tener mucho cuidado con mi historia clínica porque, en general, no se la pueden mostrar a ninguna otra persona. La persona con quien comparto mis registros no puede compartirlos con otras personas, con la excepción de que yo esté de acuerdo con ello.

Confío en la persona con quien comparto mi historia clínica.

Mi firma:

Fecha de hoy:
