

AUTORIZACIÓN
PARA PERMITIR EL USO Y LA COMUNICACIÓN DE DATOS PROTEGIDOS RELATIVOS A SU ESTADO DE SALUD
AUTHORIZATION
TO USE AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION
Formulario de Autorización Estatal N° HB 2305
State Model Authorization Form HB 2305

Yo autorizo a: _____ (Nombre de la persona/la entidad que va a divulgar esta información) a usar y proveer de copias de documentos con datos médicos específicos, los que se enumeran aquí abajo, relativos a la salud personal de: _____ (Nombre de la persona a quien le concierne), lo que consiste en: (Describir la información que se va a usar/comunicar) _____

I authorize (Name of person/entity disclosing information) to use and disclose a copy of the specific health information described below regarding (Name of individual) consisting of: (Describe information to be used/disclosed)

a: _____ (Nombre y dirección/domicilio del/de los destinatario/s) a fin de: (Enumerar cada motivo para la divulgación de estos datos o indicar que este acto de comunicación fue solicitada por la persona a quien le concierne) _____

to: (Name and address of recipient or recipients) for the purpose of: (Describe each purpose of disclosure or indicate that the disclosure is at the request of the individual)

Si la información que se va a divulgar contiene alguna clase de documentos o expedientes relativos a los temas que se enumeran aquí abajo, se pueden aplicar reglamentos adicionales con respecto al uso y a la divulgación de dicha información. Yo estoy consciente de que esta información se puede divulgar y doy mi consentimiento a este fin al apuntar mis iniciales al lado de la clase de información correspondiente.

If the information to be disclosed contains any of the types of records or information listed below, additional laws relating to the use and disclosure of the information may apply. I understand and agree that this information will be disclosed if I place my initials in the applicable space next to the type of information.

INICIALES
INITIALS

- _____ **Información con respecto al virus VIH/el SIDA** (HIV/AIDS Information)
- _____ **Información con respecto a mi estado de salud mental** (Mental Health Information)
- _____ **Información con respecto a las Pruebas Genéticas** (Genetic Testing Information)
- _____ **Información con respecto a un Diagnóstico de Alcoholismo/Toxicomanía, su Tratamiento o el Asesoramiento de parte de un Especialista** (Drug/Alcohol Diagnosis, treatment, or referral information)
- _____ **TODA INFORMACIÓN CON RESPECTO A MI SALUD** (All Health Information)

Yo estoy consciente de que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta de nuevo a la divulgación sin permanecer protegida por el reglamento federal. No obstante esta posibilidad, yo también estoy consciente de que los reglamentos estatales o federales pueden limitar la divulgación repetida de información con respecto al VIH/SIDA, la salud mental, las pruebas genéticas, o el diagnóstico/el tratamiento/el asesoramiento de parte de un especialista del Alcoholismo o de la Toxicomanía.

I understand that the information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer be protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS information, mental health information, genetic testing information and drug/alcohol diagnosis, treatment, or referral information.

EL USO DE SUS DATOS POR LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS
PROVIDER INFORMATION

Ud. no está obligado a firmar esta autorización. El hecho de negar de firmar esta autorización no va a afectar de manera negativa su derecho de recibir ni servicios médicos ni el reembolso de tales servicios. La única circunstancia en la cual el hecho de no firmar significa que no recibirá servicios médicos es cuando dichos servicios se solicitan únicamente a fin de proveer de sus datos médicos a otra persona y cuando esta autorización se requiere para comunicar esa información.

You do not need to sign this authorization. Refusal to sign the authorization will not adversely affect your ability to receive health care services or reimbursement for services. The only circumstances when refusal to sign means you will not receive health care services is if the health care services are solely for the purpose of providing health information to someone else and the authorization is necessary to make that disclosure.

Ud. puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si Ud. revoca esta autorización, la información que se ha enumerado aquí arriba ya no se podrá usar o divulgar para los propósitos descritos en esta autorización escrita. La única excepción es cuando una entidad que tiene derecho a cobertura de parte de su póliza de aseguranza médica ha tomado alguna acción, basándose en esta autorización, o cuando la autorización se obtuvo como condición necesaria para conseguir aseguranza médica.

You may revoke this authorization in writing at any time. If you revoke your authorization, the information described above may no longer be used or disclosed for the purposes described in this written authorization. The only exception is when a covered entity has taken action in reliance on the authorization or the authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage.

Para revocar esta autorización, favor de enviar una declaración escrita a _____ (nombre de la persona indicada) al _____ (dirección de la persona/entidad que divulga la información) en la cual Ud. avisa que quiere revocar esta autorización.

To revoke this authorization, please send a written statement to (name of contact person) at (address of person/entity disclosing information) and state that you are revoking this authorization.

FIRMA
SIGNATURE

Yo certifico haber leído esta autorización y la comprendo. A menos que no se revoque, esta autorización se vence el _____ (apuntar la fecha indicada o el evento indicado).

I have read this authorization and I understand it. Unless revoked, this authorization expires (insert either applicable date or event).

Por: _____ Fecha: _____
(la persona indicada o su representante personal)
By: (individual or personal representative) Date:

Describa su capacidad para representar a la persona nombrada aquí arriba:
Description of personal representative's authority:
