



**Formulario de Autorización de Privacidad HIPAA**

Autorización de usos o divulgación de información médica protegida  
*(Requerido por la Ley de Portabilidad Y Responsabilidad de Seguros de Salud-45 CFR Partes 160 Y 164)*

Autorización para la divulgación de PHI que cubra el periodo de atención medica de todos los periodos pasados, presentes y futuros. Además de la autorización para divulgar mi PHI descrita en el párrafo 3 de esta autorización, autorizo la divulgación de información con respecto a mi facturación, condición, tratamiento y pronostico a las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Esta información médica puede ser utilizada por las personas que autorizo para recibir esta información para tratamiento o consulta médica, facturación o pago de reclamaciones, u otros fines que pueda indicar.

- **Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, o escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad y haya actuado en virtud de mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene el derecho legal de impugnar una reclamación.**
- **Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a la firma de esta autorización.**

\_\_\_\_\_  
Firma De Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento