

**HIPAA FORMULARIO DE AUTORIZACION**

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA DIVULGACIÓN ESPECÍFICA DE  
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, autorizo a \_\_\_\_\_ ("Proveedor") a divulgar cierta información (descrita a continuación) sobre mí a \_\_\_\_\_ con el fin de ayudar al Proveedor (o uno de los empleados, agentes o contratistas del Proveedor) en el tratamiento y / o para capacitación general y propósitos educativos. Por la presente, el proveedor está autorizado a divulgar la siguiente información médica protegida: mi nombre, fecha de nacimiento, fechas de servicios, registros de tratamiento que incluyen la técnica del tratamiento, historial médico y dental, cualquier radiografía sin alterar utilizada para el diagnóstico e imágenes dentales y faciales completas. Entiendo que firmar esta Autorización es voluntario y que mi tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a la ejecución de esta Autorización. Entiendo que si mi información médica protegida se divulga a alguien que no está obligado a cumplir con HIPAA, dicha información puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida. Entiendo que el destinatario de los registros declarados hará sus mejores esfuerzos para mantener mi información médica protegida de manera confidencial, excepto como se indica específicamente anteriormente. Esta Autorización vencerá diez (10) años a partir de la fecha de mi firma, a menos que la revoque antes. Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento entregando una revocación por escrito al Proveedor. Entiendo que, si revoco esta Autorización, no tendrá ningún efecto sobre las acciones ya tomadas por el Proveedor o el destinatario de los registros de acuerdo con esta Autorización. He leído y comprendido los términos de esta autorización y los acepto.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor, si corresponde

\_\_\_\_\_  
fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del tutor, si corresponde

\_\_\_\_\_  
Relación del tutor con el paciente, si corresponde

Se debe proporcionar al paciente una copia firmada de esta autorización y adjuntarla al registro médico del paciente. Una copia de esta autorización es tan efectiva como el original.