



Formulario de autorización de HIPAA

Autorización para la divulgación de información de salud protegida

Este formulario se utiliza para confirmar la autorización para que ATRIO Health Plans y sus entidades afiliadas hablen sobre su información personal —incluida su Información de Salud Protegida— o la divulguen a una persona (o personas) específica que actúe como su Representante Autorizado.

Este documento está disponible en formatos alternativos o para personas con necesidades especiales. Por favor, llame al 1-877-672-8620 (TTY 711) para solicitar este servicio.

Por favor, complete todas las secciones de este formulario de autorización HIPAA y fírmelo en la última sección. Si alguna sección queda en blanco, el formulario no será válido. Utilice «N/A» si no corresponde.

Devuelva el formulario completado a ATRIO:

Fax: (541) 672-8670, o

Correo: ATRIO Health Plans, 550 Hawthorne Avenue SE, Suite 140, Salem, OR 97301

Sección 1 – Información del paciente o miembro del plan

Apellido: _____	
Nombre de pila: _____	Segundo nombre: _____
ID de miembro: _____	Fecha de nacimiento: _____
DIRECCIÓN: _____	
Ciudad/Estado/Código postal: _____	

Sección 2 – Planes de salud de ATRIO autorizados para divulgar información de salud protegida (PHI)

Nombre: **ATRIO Health Plans**

DIRECCIÓN: **550 Hawthorne Avenue SE, Suite 140**

Ciudad/Estado/Código postal: **Salem, OR 97301**

**Sección 3 – Persona u organización autorizada por el firmante
para recibir información de salud protegida (PHI)**

Nombre: _____

Relación con la paciente / miembro del plan: _____

N.º de teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Si desea autorizar a más de una persona, por favor añada su información a continuación.

Nombre: _____

Relación con la paciente / miembro del plan: _____

N.º de teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Nombre: _____

Relación con la paciente / miembro del plan: _____

N.º de teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Sección 4 – Evento o fecha de vencimiento de la autorización

A menos que el paciente o el miembro del plan la revoque previamente, esta autorización para la divulgación de información médica protegida (PHI) a la persona u organización arriba indicada vencerá en la fecha o al ocurrir el evento que se especifica a continuación. Nota: Si no se especifica ninguna fecha ni evento a continuación, esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma.

Evento de vencimiento: _____ Fecha de expiración: _____

Sección 5 – Información de salud que se divulgará – General

Autorizo la divulgación de la siguiente información de salud protegida:

☐ Registros médicos ☐ Registros dentales ☐ Otro

Si marcó «Otro», proporcione detalles: _____

Sección 6 – Información de salud que se divulgará – Específica

Autorizo la divulgación de la siguiente información de salud protegida:

☐ Enfermedad transmisible	Firma: _____	Fecha: _____
☐ Salud reproductiva	Firma: _____	Fecha: _____
☐ Resultados de la prueba de VIH	Firma: _____	Fecha: _____
☐ Registros de salud mental*	Firma: _____	Fecha: _____
☐ Trastorno por consumo de sustancias	Firma: _____	Fecha: _____
☐ Otro	Firma: _____	Fecha: _____

Si marcó «Otro», proporcione detalles: _____

***Las solicitudes de notas de psicoterapia requieren un formulario de autorización HIPAA independiente y no pueden combinarse con ninguna otra solicitud.**

☐ Notas de psicoterapia Firma: _____ Fecha: _____

Sección 7 – Propósito de la divulgación o el uso de información de salud

☐ Cuidado de la salud ☐ Investigación ☐ Legal

☐ Otro (por favor especifique): _____

Nota: ATRIO Health Plans no utilizará ni compartirá su información de salud protegida (PHI) a menos que la ley lo permita o lo exija.

Sección 8 – Información de autorización

Entiendo lo siguiente:

1. Autorizo el uso o la divulgación de la Información de Salud Protegida, tal como se describe anteriormente, para el fin indicado y hasta el evento o momento especificado en la Sección 4.
2. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Para revocarla, debo presentar mi revocación por escrito a ATRIO Health Plans en la dirección indicada en la Sección 2. Mi revocación impedirá que ATRIO Health Plans divulgue más información sobre mi salud a partir de la fecha de recepción. Si mi información de salud está en poder de otra entidad que actúa en nombre de ATRIO, o es divulgada por dicha entidad, es posible que haya una breve demora antes de que mi revocación surta efecto con respecto a esa entidad. Mi revocación no se aplicará a ninguna acción que ATRIO haya realizado previamente basándose en esta autorización antes de recibir mi revocación.
3. Firmo esta autorización voluntariamente y comprendo que mi derecho a recibir tratamiento o pago, así como mi inscripción o elegibilidad para los beneficios del plan de salud, no se verán afectados si no firmo este formulario de autorización HIPAA.
4. Si la parte especificada en la Sección 3 no es una Entidad Cubierta ni un Asociado Comercial según la definición de 45 CFR §160.103, es posible que la información de salud divulgada ya no esté protegida por las normativas federales y estatales de privacidad.
5. Tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización de HIPAA.
- 6 (si corresponde). Mis registros relacionados con el trastorno por consumo de sustancias están protegidos por las normas federales que regulan la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias y no pueden ser divulgados nuevamente sin mi autorización por escrito.

Al añadir sus iniciales y la fecha de hoy a continuación, usted reconoce que comprende los puntos señalados en esta sección.

Iniciales del miembro: _____ Fecha de hoy: _____

**Sección 9 – Condiciones adicionales aplicables a este formulario
de autorización de HIPAA**

(Si no se requieren condiciones o instrucciones adicionales, escriba “N/A” a continuación).

Sección 10 – Firma del paciente o del miembro del plan, o en su nombre

Nombre del paciente o miembro del plan (en letra de imprenta):

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre de la persona que firma, si no es el paciente o el miembro del plan:

Autorización para firmar en nombre del paciente o miembro del plan:

Nombre del traductor (si corresponde): _____

Firma del traductor (si corresponde): _____