

**Autorización Para Permitir que se divulgue Información Respecto a la Salud**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Niño/a/Estudiante: \_\_\_\_\_

# del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Expediente #: \_\_\_\_\_

**Por la Presente autorizo:**\_\_\_\_\_  
(Nombre de la Parte que Divulga la Información)\_\_\_\_\_  
(Dirección, Ciudad, Estado, Zona Postal de la Persona que Recibe la Información)**Que divulgue a:**\_\_\_\_\_  
(Nombre de la Persona que Recibirá la Información)\_\_\_\_\_  
(Dirección, Ciudad, Estado, Zona Postal de la Persona que Recibe la Información)**La Información a continuación** *(Favor de marcar el tipo de información que se va a usar o divulgar)*

- Todas las hojas clínicas    Todas las facturas/facturas en detalle    Hojas clínicas del dentista  
 Apuntes respecto a la psicoterapia    Fotografías radiológicas u otras fotografías de diagnósticos  
 Hojas clínicas del SIDA y VIH    Hojas clínicas de salud mental (psicológicas/abuso de sustancias ilícitas (estupefacientes)    Otras asuntos (especifique): \_\_\_\_\_

**Hasta el punto donde mis hojas clínicas contienen información respecto al abuso de drogas/estupefacientes y bebidas alcohólicas, atención psicológica, enfermedades transmitidas sexualmente, Pruebas de Hepatitis B y C y/u otra información delicada, estoy de acuerdo que se divulgue esa información:** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**Hasta donde mis hojas clínicas contienen información respecto a las pruebas de VIH/SIDA/otratamiento, estoy de acuerdo que se divulgue esta información.:** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**Identifique las fechas de los servicios en las hojas clínicas que se van a usar/divulgar:**

Todas las fechas de servicios que se facilitaron    Fechas específicas: de: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

**Describa el propósito del uso/de la divulgación de la Información Protegida Respecto a la Salud:**

A petición del individuo (marque aquí si el paciente/cliente pide que se divulgue la información y no quiere facilitar el propósito)

Entiendo que, en cualquier momento, tengo el derecho de revocar esta Autorización remitiendo un aviso por escrito al Oficial a cargo de Privacidad de PMS en Presbyterian Medical Services, P.O. Box 2267, Santa Fe, NM 87504-2267 y que la revocación tendrá efecto salvo hasta el punto que las medidas se han tomado por haber confiado en esta Autorización. Salvo que sea revocada, esta Autorización vencerá un año a partir de la fecha en que se firmó o en la fecha o cuando haya ocurrido el acontecimiento indicado a continuación:

Entiendo que la información usada o divulgada de conformidad con esta Autorización podrá estar sujeta a que se vuelva a divulgar por quien la recibe y no estará protegida por los Requisitos Federales o Estatales de Privacidad, salvo que debido a otras medidas sea prohibido por la ley. PMS, sus filiales, sus empleados/as, administradores/as y médicos, por la presente quedan libres de tener que cumplir toda obligación legal o responsabilidad civil por haber divulgado la mencionada información hasta el punto indicado y autorizado en la presente.

Entiendo que no tengo que firmar esta Autorización y que mi tratamiento o pago por los servicios, no se denegarán si no firmo esta Autorización, salvo que dicho tratamiento es únicamente para los fines de facilitar información a un tercero respecto a la salud. (por ejemplo mi empleador). Además, entiendo que tengo el derecho de examinar y copiar la información que se va a divulgar y que tengo el derecho de recibir copia de esta Autorización.

---

Firma del Paciente/Cliente, Padre o Madre o persona que tiene la Tutela Legal Fecha

---

Escriba en letra de molde el nombre del Paciente/Cliente, Padre o Madre o persona que tiene la Tutela Legal

---

Si la firma la Persona que tiene la Tutela Legal, la Descripción de la Autorización Legal de Actuar de parte del Paciente/Cliente

**Únicamente Para Usarse en la Oficina:**

¿COPIA DEL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN HIPAA COMPLETADO Y FIRMADO

ENTREGADO AL PACIENTE / CLIENTE?  Si  No

Formulario de autorización procesado por: \_\_\_\_\_

**Nombre y Título del Empleado/a de PMS**

**Declaración de Divulgación con Información Altamente Sensible**

El contenido de éste documento consiste de información confidencial y es dirigida exclusivamente para la persona a la que fue enviada. Si usted no es la persona a quién éste documento fue enviado, porfavor comuníquese con el remitente de inmediato, o si no puede, llame a las oficinas centrales de PMS al (800) 477-7633. Si la información en éste documento revela enfermedades transmitidas sexualmente, HIV/SIDA, abuso o tratamiento de drogas y/o alcohol, dicha información le ha sido divulgada de registros protegidos por las reglas de confidencialidad Estatales y Federales (incluyendo, sin limitación, 42 CFR Parte 2 y NMSA 24-1-9.4; 24-2B-7). Las reglas Estatales y Federales prohíben hacer más divulgaciones de ésta información, a menos que usted obtenga un consentimiento por escrito de la persona de la cuál se habla en éste documento, de la persona cuya información sea divulgada, o según lo permite la regla 42 CFR, Parte 2, y regulaciones aplicables del estado de Nuevo Mexico. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo, no es suficiente para este propósito. Las reglas Federales prohíben cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas. Bajo la ley de Nuevo Mexico, una persona que hace una divulgación no autorizada de información sobre enfermedades transmitidas sexualmente, es culpable de un delito menor y sera sentenciado a prisión en la cárcel del condado por un término definido que no exceda seis meses o el pago de una multa, que no sea más de cinco mil dólares (\$500), o ambas.