

Buffalo Otolaryngology Group, PC

AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DE ACUERDO CON LA LEY HIPAA

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Tengo entendido que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud, o la elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados a mi autorización de esta declaración.

Yo, el abajo firmante, autorizo al Buffalo Otolaryngology Group, PC para intercambiar o compartir la información de salud protegida que tenga en su poder, relativa al paciente nombrado arriba, con las siguientes personas, como sigue:

Nombres de las personas que pueden tener acceso a la información médica:

Nombre: _____ Parentesco con el paciente: _____

Nombre: _____ Parentesco con el paciente: _____

Nombre: _____ Parentesco con el paciente: _____

Descripción de la información que se puede compartir:

- Toda la información de salud protegida
- Datos de facturación
- Información de salud protegida específica (proporcionar descripción detallada aquí):

De conformidad con las leyes del Estado de Nueva York, y la Ley de Privacidad de la Portabilidad del Seguro de Salud y de la Responsabilidad, de 1996 (HIPAA), tengo entendido que:

1. Esta autorización no incluye la divulgación de información relativa al uso indebido de BEBIDAS ALCOHÓLICAS y DROGAS, a TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL, ni INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON el VIH*.
2. Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, haciéndolo por escrito al Buffalo Otolaryngology Group, PC, excepto en la medida en que una acción ya haya sido emprendida con base en esta autorización.
3. Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el receptor, y que esta nueva divulgación podría no estar protegida por las leyes federales o estatales.
4. Esta autorización no lo habilita a usted para hablar de mi información de salud o de mi atención médica con nadie más que con las personas especificadas aquí.
5. Esta autorización expirará un año después de la fecha de ser firmada.

RAZÓN POR LA CUAL SE DIVULGA LA INFORMACIÓN: A petición de la persona

Todas las partes de este formulario han sido llenadas y mis preguntas acerca de este formulario han sido respondidas. Además, me han proporcionado una copia de este formulario.

Firma del paciente o de su representante autorizado legalmente

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del Paciente o de su representante autorizado legalmente

(Si no es el paciente, indique la autoridad legal que tiene para firmar en nombre del paciente, por ejemplo, guardián)

* Virus de Inmunodeficiencia Humana que causa el SIDA. Las leyes de Salud Pública del Estado de Nueva York protegen la información que razonablemente podría identificar a alguien que tiene el VIH o síntomas de la infección, e información relativa a los contactos de una persona.