

Autorización HIPAA (Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico)/ Divulgación de información de salud protegida.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
Domicilio			
Correo electrónico		Número de teléfono	

BENEFICIARIO (si el paciente es el que solicita información/materiales, indique: yo)			
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Título
Nombre y domicilio del establecimiento			
Número de teléfono	Número de fax	Correo electrónico	

¿A QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA QUIERE TENER ACCESO?*
Fecha(s)/Nombre(s) de la prueba: _____ <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Detalle de facturación <input type="checkbox"/> Otra: _____
<small>*Pacientes de California: Si esta autorización es para información sobre salud mental/ abuso de sustancias o VIH, se deberá presentar una autorización adicional, para divulgar (1) resultados de pruebas protegidas por la Ley Lanterman-Petris-Short Act (LPS) o pruebas de VIH. Además, la ley LPS a menudo exige que el médico tratante y el paciente firmen un formulario de autorización antes de que se divulgue información.</small>

MODO DE ENVÍO (SELECCIONAR UNO) AL DOMICILIO INDICADO DEBAJO.
<input type="checkbox"/> Retirar (obligatorio para cédula de identificación emitida por el gobierno) <input type="checkbox"/> Correo postal de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo electrónico (se utilizará encriptación y deberá introducir una contraseña)
Enviar a _____ _____ _____

IDENTIFICAR INFORMACIÓN ADJUNTA (AMBRY SE RESERVA EL DERECHO DE VERIFICAR LA IDENTIDAD DE CUALQUIER SOLICITANTE DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA).
<input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Cédula del DMV (Departamento de Registro de Vehículos Automotores) <input type="checkbox"/> Credencial de empleado del gobierno estatal o federal <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Si es albacea (representante) de un paciente difunto, debe presentar alguno de los siguientes (o equivalente):** <input type="checkbox"/> Copia del poder notarial <input type="checkbox"/> Testamento vital <input type="checkbox"/> Cónyuge o persona financieramente responsable (cuando la información sea exclusivamente para tramitar la solicitud de cobertura médica para dependiente)
<small>**Beneficiario o albacea de un paciente difunto: De no resultar claro si el beneficiario o albacea del paciente difunto puede obtener y divulgar ciertos registros que contengan resultados de pruebas de VIH.</small>
<input type="checkbox"/> Para un paciente difunto: <input type="checkbox"/> Una copia de la partida de defunción donde conste que el cónyuge superviviente es apto y que se lo autoriza a firmar esta autorización. <input type="checkbox"/> Otros pacientes difuntos: una resolución u orden de un juzgado que designe a un administrador, albacea o síndico o una carta de designación de un tribunal testamentario debe acompañar a la autorización firmada por el mencionado individuo. Si los bienes sucesorios no han sido legitimados por un tribunal testamentario, la partida de defunción deberá estar acompañada de la documentación que designe al síndico o albacea testamentario.

AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN DEL PACIENTE/ALBACEA
Por la presente, autorizo a divulgar la información de salud del mencionado paciente. Esta autorización tendrá una validez de 12 meses contados a partir de la fecha de firma (Fecha de entrada en vigencia de la autorización). Si no estuviera firmada por el paciente, por favor, indique el vínculo:
<input type="checkbox"/> Padre o tutor del paciente menor de edad (siempre que el menor de edad no haya podido prestar su consentimiento a la atención) <input type="checkbox"/> Tutor o curador de un paciente incapaz

DERECHOS DEL PACIENTE/REPRESENTANTE

- Entiendo que tengo derecho a solicitar una copia del informe/registro de laboratorio y que Ambry debe proporcionarlos dentro de los treinta (30) días calendario de recibida esta solicitud completa. Si el pedido fuese rechazado o Ambry no pudiera responder dentro de los 30 días calendario, Ambry me notificará al respecto.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento.
- Entiendo que la prueba, el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios de los servicios de prueba de laboratorio clínico no se verán condicionados ni afectados por la firma o no de esta autorización.
- Entiendo que esta información de salud puede ser utilizada por la persona que yo autorice a recibir dicha información para fines de tratamiento o consulta médica, pago de facturas o reclamos o para cualquier otro fin que yo estime conveniente.
- Entiendo que una vez que Ambry divulgue mi información de salud a pedido mío, no podrá garantizar que el destinatario no divulgue, a su vez, dicha información de salud a terceros. Dicho tercero no puede someterse a esta autorización ni a la ley federal o estatal vigente que rijan el uso y la divulgación de mi información de salud.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta información.
- Entiendo que si tengo preguntas acerca de esta autorización, puedo contactar a Ambry Genetics al 866-2627943 para obtener más información acerca de esta autorización y cuestiones de privacidad.

FIRMA DEL SOLICITANTE

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA ES VERDADERA Y CORRECTA Y QUE ENTIENDO QUE CUALQUIER INTENTO DE OBTENER FALSAMENTE ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA SERÁ PASIBLE DE SANCIONES LEGALES.

Nombre del firmante: _____

Firma/fecha: _____