



# Departamento de Salud y Hospitales de Louisiana

## Autorización para proveer información médica

(incluyendo información escrita, oral o electrónica)



Nombre:	# de Seguro Social
Dirección de correo:	Fecha de nacimiento:
Ciudad/estado/código postal:	# de teléfono:

**Yo autorizo a cualquier proveedor que me atendió o me está tratando a que otorgue la Información Médica Protegida(PHI) a:**

Nombre de agencia:

Dirección Postal:

Ciudad/Estado/Código Postal:

**Dado que el propósito de esta autorización es para determinar aptitud para Medicaid, yo autorizo que se provea toda la siguiente información médica:**

Historia médica, informes de examen, informes quirúrgicos, tratamientos o análisis, recetas, vacunas, archivos del hospital incluso informes del laboratorio y de los rayos X, informes de discapacidad de desarrollo e informes de alta

**En cumplimiento con las leyes estatales y/o federales que requieren una autorización especial para proveer información de otro modo confidencial, favor de proveer los siguientes archivos aplicables:**

Alcoholismo, abuso de drogas, salud mental, rehabilitación vocacional, SIDA (VIH), enfermedades de transmisión sexual, genético, notas de psicoterapia

**No autorizo a que se provean los siguientes tipos de mi información médica:** (Si no aplica, deje en blanco)

Favor de proveer los archivos médicos del plazo de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

Esta autorización de proveer información médica vencerá el: \_\_\_\_\_.  
(fecha)

Yo comprendo que si no especifico la fecha de vencimiento esta autorización vencerá seis (6) meses a partir de la fecha en la que fue firmada. Confirmando que he leído las páginas 1 y 2 de este formulario. Autorizo una copia (inclusive copia electrónica o faxeada) de este formulario para la revelación de la información antes descrita.

\_\_\_\_\_  
Firma del individuo o representante personal autorizado por la ley

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARA USO OFICIAL EXCLUSIVAMENTE:**

Representante de la agencia	Fecha:
Teléfono:	Fax:
	Email:

## **Información importante sobre la autorización**

Medicaid podría necesitar su autorización para obtener su información médica para determinar su aptitud.

Usted no tiene que firmar este formulario. Si usted acepta firmar esta autorización para proveer u obtener información, se le dará una copia del formulario firmado.

Se necesita un formulario de autorización separado para utilizar o proveer notas de psicoterapia tal como lo definen los reglamentos de Privacidad HIPAA.

Cuando la ley o política interna lo requiera, Medicaid puede solo obtener su información médica si la autorización requerida por escrito incluye todos los elementos debidos de una autorización válida.

Una autorización es voluntaria. Que usted firme una autorización no es un requisito para recibir tratamiento o pago por servicios médicos. Si su autorización es requerida por la ley o por el reglamento, Medicaid utilizará y proveerá su información médica del modo que usted autorizó en este formulario de autorización firmado.

Usted puede cancelar su autorización por escrito en cualquier momento pero la cancelación no afectará cualquier uso o provision ya hecha anteriormente a que la autorización fuera cancelada.

La información proveída a través de esta autorización puede ser proporcionada nuevamente por Medicaid en concordancia con la ley aplicable.