

Departamento de Salud y Hospitales de Louisiana

Autorización para proveer y obtener información médica (incluyendo información escrita, oral o electrónica)

Nombre:	Fecha de autorización (request date):
Dirección de correo:	Fecha de nacimiento:
Ciudad/estado/código postal:	Número de Medicaid o de seguro social:

Yo autorizo a:

Nombre: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad, estado, Código postal: _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

PROVEER información **A** u **OBTENER** información **DE**
(Coloque una "X" en el casillero que indica si la información está siendo proveída O solicitada.)

Nombre: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

El propósito de esta **autorización** se indica en el casillero o los casilleros de abajo. *(Coloque una "X" en el casillero o los casilleros correspondientes.)*

Otros cuidados médicos Personal Investigación o acción legal
 Cambio de doctor Tratamiento relacionado con investigación científica
 Creación de información médica para tercera parte Otro: (Especifique) _____

Yo autorizo a que se provea la siguiente información.
(Coloque una "X" en el casillero o los casilleros que correspondan a la información que quiere que se provea o que quiere obtener)

Archivo completo Historia médica, examinación, reportes Reportes quirúrgicos Análisis o tratamiento Recetas Vacunas Archivos del hospital incluyendo reportes Reportes de laboratorio
 Reportes de radiología Otro: _____

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

Alcoholismo Abuso de drogas Salud mental Rehabilitación vocacional SIDA (HIV)
 Enfermedades venéreas Genético Notas de psicoterapia
 Otro _____

Esta autorización vence el _____ (fecha o evento).

Yo comprendo que si no especifico una fecha de vencimiento, esta autorización vencerá seis (6) meses a partir de la fecha en que la firmé.

 Firma del individuo o representante personal autorizado por la ley Fecha

For DHH Use When Requesting Records
(Para uso del Departamento de salud y hospitales para obtener archivos)

I am authorized to receive this disclosure. Documentation of the above Personal Representative has been obtained.

 Signature and Title of Agency Representative Date

HIPAA 402P
 Issued 10/3/07 (English 4/14/03)

Información importante sobre la autorización

Nosotros podríamos necesitar su autorización para utilizar, proveer u obtener su información médica para algunos servicios.

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 información médica para:

- ✓ Notas de psicoterapia
- ✓ Determinaciones relacionadas al trabajo tomadas por el empleador
- ✓ Para investigación o estudio no relacionado con su tratamiento

Cuando la ley o política interna lo requiera, el departamento de salud puede sólo obtener, utilizar y proveer su información médica si la autorización requerida y 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, el Departamento utilizará y proveerá su información médica del modo que usted autorizó en este formulario de autorización firmado.
- ✓ Se le puede requerir que firme una autorización antes de recibir tratamiento relacionado con la investigación científica.
- ✓ Se puede requerir que firme un formulario de autorización con el propósito de crear información médica privada para proveerla a una tercera parte. *Ejemplo:* En un procedimiento de la corte juvenil donde se pide a los padres que obtengan una evaluación psicológica de su hijo o hija menor de edad para el Departamento de Salud y Hospitales, el padre/madre puede tener que firmar una autorización para que se provea el reporte de evaluación (pero no las notas de psicoterapia) al Departamento de Salud y Hospitales.
- ✓ Usted puede cancelar su autorización por escrito en cualquier momento. El Departamento de Salud y Hospitales no puede revertir el uso o la información proveída antes de la cancelación de una autorización.
- ✓ La información utilizada o proveída con esta autorización puede ser proporcionada nuevamente por el beneficiario y ya no estará protegida por los reglamentos de privacidad del Departamento de Salud y Hospitales.

Sus derechos a presentar una queja de privacidad

Usted puede contactar a la Oficina de Privacidad (Privacy Office) que aparece abajo si quiere presentar una queja o reportar un problema sobre como el Departamento de Salud y Hospitales ha utilizado y proveído información sobre usted. Sus beneficios no serán afectados por la queja que usted presente. El Departamento no le castigará ni tomará represalias contra usted por presentar una queja, por cooperar en una investigación, ni por rehusarse a aceptar algo que usted considera ilegal. Su contacto en la Oficina de Privacidad es:

State of Louisiana
Department of Health and Hospitals
Bureau of Health Services Financing
Privacy Office
P.O. Box 91030
Baton Rouge, LA 70821-9030
Teléfono: (225) 219-1783
E-mail: privacy-bhsf@dhh.la.gov