



**Axia Women's Health**

**Autorización para divulgar información médica protegida**

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección de la paciente: \_\_\_\_\_

Yo, o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica relacionada con mi atención y tratamiento sea divulgada como se establece en este formulario: De acuerdo con la ley estatal aplicable y la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996.

1. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo revocarla en cualquier momento escribiéndole al proveedor de atención médica que se indica a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto cuando ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.
2. Entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados por mi autorización de esta divulgación.
3. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con **CONSUMO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto notas de psicoterapia, **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH y PRUEBAS GENÉTICAS** solo si coloco mis iniciales en la línea correspondiente a continuación.
4. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización se puede volver a divulgar a partes adicionales si los destinatarios de este formulario no están obligados a proteger esta información y dicha información ya no está protegida por las leyes estatales y federales.
5. Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento por alcoholismo o drogas o tratamiento de salud mental, es posible que al destinatario se le prohíba volver a divulgar dicha información sin mi autorización, a menos que se lo permita la ley estatal y federal.

Nombre y dirección del proveedor para divulgar esta información: **REGIONAL WOMEN'S HEALTH, LLC**  
Indique el nombre a quién se le enviará la información, en qué formato y a qué ubicación:

Nombre: \_\_\_\_\_

Formato de la información:

Papel  Correo electrónico  Fax

Dirección: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**Información específica que se publicará: (Marque las casillas a continuación)**

- Expediente médico desde la fecha \_\_/\_\_/\_\_ hasta la fecha \_\_/\_\_/\_\_
- Expediente médico completo, incluidos historiales de pacientes, notas de la oficina, resultados de pruebas, estudios de radiología, películas, referencias y registros enviados por otros proveedores de atención médica.
- Registros de facturación
- Otro \_\_\_\_\_

Incluya poniendo sus iniciales:

\_\_\_\_ **Información de salud mental**

\_\_\_\_ **Información relacionada con el VIH**

\_\_\_\_ **Información sobre pruebas genéticas**

Autorización para hablar sobre información médica.

Al poner mis iniciales aquí \_\_\_\_, autorizo el intercambio verbal acerca de mi información de salud.

**Propósito de la divulgación: (Marque las casillas a continuación)**

- A petición del individuo  Legal  Seguro  Discapacidad  Coordinación de atención médica  Transferencia de atención médica
- Otro: \_\_\_\_\_

Fecha o evento en el que termina la autorización: \_\_/\_\_/\_\_ *La autorización es válida por un año, a menos que se indique lo contrario.*

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PACIENTE O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

\_\_\_\_\_  
FECHA

Si no es la paciente, escriba el nombre de la persona que firma el formulario y la relación con la paciente:

<b>Nombre:</b>	<b>Relación:</b>
----------------	------------------

Puede haber un cargo por copiar expedientes médicos. Comuníquese con el consultorio al que le solicita los expedientes para obtener más detalles.