AUSTIN REGIONAL CLINIC

Autorización Para el Uso o la Divulgación de Información Protegida Sobre la Salud al Esposo o a Otro Individuo

Este formulario autoriza a Austin Regional Clinic (ARC, por sus siglas en inglés) y a sus representantes designados a que usen y divulguen (den) su Información Protegida Sobre la Salud ("PHI", por sus siglas en inglés) a su esposo, su esposa, o a otro individuo descrito abajo, para un propósito distinto al (que no sea) tratamiento, pago, u operaciones de atención médica y cuando usted lo pida. Solo necesita completar esta Autorización si usted desea que ARC divulgue o dé su PHI, o sea su Información Protegida Sobre la Salud, a su esposo, su esposa u a otro individuo a quien usted nos autoriza divulgar su PHI. La PHI es información que lo/la identifica a usted como paciente de ARC y se relaciona con su condición de salud física o mental pasada presente o futura y los servicios de salud relacionados.

Su Nombre Completo: _____

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Dirección: _____

Calle # de Apt. Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: _____ Tel # *(Con código de area)*: _____

Individuos Quienes Usted Autorizó Para Recibir su PHI *(Información Protegida Sobre la Salud)* de ARC

Nombre de la Persona Quien va a Recibir su PHI *(Información Protegida Sobre la Salud)*	**Relación de esta Persona con Usted**	**Dirección**	**Código Postal**	**Tel #** *(Con código de area)*	**Duración de la Autorización***

☐ Autorizo a ARC para que divulgue o libere mis registros médicos y de facturación completos. Entiendo que marcando esta casilla autoriza el uso o divulgación de toda la información de mi registro médico y de facturación incluyendo, información demográfica, informes de diagnóstico por imagines, resultados de pruebas, informes de laboratorio, registros de terapia física, resultados de exámenes físicos, información diagnóstica, el historial médico de la familia, información confidencial o delicada, incluyendo: pruebas genéticas, la salud mental y conductual o de comportamiento (excluyendo apuntes de psicoterapia), enfermedades sexualmente transmisibles, tal como el VIH/SIDA (HIV/AIDS, por sus siglas en inglés), medicamentos recetados y el historial de estos, maternidad/embarazo, y dependencia química (incluido el tratamiento de alcohol y drogas).

☐ Autorizo a ARC para divulgar o liberar solamente la siguiente información de mis registros médicos y de facturación.

_____

_____

Sí ☐ **NO** ☐ autorizo que ésta información sea divulgada o liberada electrónicamente.

Sí ☐ **NO** ☐ autorizo que la información sobre inmunizaciones y examen físico anual se divulgue o se libere a la escuela.

Entiendo que puedo rehusar o negarme a firmar ésta Autorización. También entiendo que la información divulgada a la(s) persona(s) ya autorizada(s) arriba puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario (o sea por quien la recibió) y es posible que ya no esté protegida por las regulaciones de privacidad federales y estatales.

*Esta Autorización permanecerá en vigencia indefinidamente, a menos que arriba se haya declarado lo contrario o sea anulada por mí, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en virtud de esta Autorización, por medio de notificación escrita a ARC dirigida al Oficial de Privacidad a: **Privacy Officer**, 6210 E US HWY 290, Austin, Texas 78723.

He leído ésta autorización y entiendo cuál información será usada o divulgada, quién puede usar o divulgar la información, y quién es el receptor(es) o destinatario(s) de esa información. Entiendo que el tratamiento, el pago, la matriculación, o la elegibilidad para beneficios no pueden ser condicionados (afectados) al firmar yo ésta autorización.

Por favor envíe el formulario completo a la clínica de su doctor.

_____ _____

Firma del Individuo Fecha