

Autorización para el Acceso a Información Confidencial sobre la Salud

Yo, _____, autorizo el acceso a información confidencial acerca de mi salud¹ como se describe en este documento. Entiendo que esta autorización es voluntaria y su objeto es confirmar mi voluntad. Entiendo que, si la(s) persona(s) u organización(es) que autorizo para recibir información confidencial acerca de mi salud no están sujetas a las leyes federales o del estado² sobre confidencialidad de la información relativa a la salud, las revelaciones posteriores hechas por dicha(s) persona(s) u organización(es) pueden no estar protegidas por esas leyes.

1. Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) u organización(es) a que tenga(n) acceso a información confidencial sobre mi salud (como se especifica más abajo):

Nombre(s): _____

Organización(es): _____

Dirección: _____

2. Autorizo a la(s) siguiente(es) persona(s) u organizaciones para recibir información confidencial acerca de mi salud cuando sea revelada por la(s) persona(s) u organización(es) mencionadas arriba.

**Consolidated Benefits Resources, L.L.C.
P.O. Box 581630, Tulsa, OK 74158-1630**

3. Descripción específica de la información confidencial acerca de mi salud que autorizo sea revelada:
Notas de tratamiento, resultados de exámenes de diagnóstico, notas de historial/chequeo médico, informes narrativos, datos de facturación.
4. Descripción específica del propósito para cada uso o acceso a información confidencial:
Beneficios de Compensación para Trabajadores
5. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, exceptuando los casos en que la(s) persona(s) u organización(es) mencionadas arriba hayan tomado medidas basándose en esta autorización.
6. Entiendo que la información dada a conocer puede incluir información que puede indicar la presencia de enfermedades transmisibles o venéreas, las cuales incluyen, pero no están limitadas a, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea y el virus de inmunodeficiencia humana, también conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (“SIDA”).

He tenido la oportunidad de leer y examinar el contenido de esta autorización. Confirmando que su contenido está de acuerdo con mi voluntad.

Firma: _____ Fecha _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ N.º de Seguridad Social: _____

Parentesco o Autoridad del Representante Personal (si aplica) _____

¹ La Protección de la Información de la Salud (“PHI”) es información sobre la salud que es creada o recibida por un proveedor del cuidado de la salud, plan de salud, o cámara de compensación del cuidado de la salud que se relaciona con: 1) la salud física o mental pasada, presente o futura de un individuo; 2) la atención del cuidado de la salud de un individuo; ó 3) el pago pasado, presente o futuro por la atención del cuidado de la salud de un individuo. Para estar protegida, la información debe ser tal que identifica al individuo o provee una base razonable para creer que la información pueda identificar al individuo. [45C.F.R.164.508](#)

² Estas leyes aplican en los planes de salud, los proveedores del cuidado de la salud, y las cámaras de compensación del cuidado del la salud.