





<input type="checkbox"/> No sé/elijo no contestar		
---	--	--

### Formulario de autorización de HIPAA

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (FdN): \_\_\_\_\_

Personas Autorizadas Para Recibir Información Médica	
Yo [paciente/tutor] estoy autorizando a la(s) persona o personas enumeradas a continuación para obtener información médica sobre el paciente. Entiendo que PCHC no es responsable por la información proporcionada cuando es recibida por la persona que he enumerado a continuación.	
<b>Nota:</b> Si el paciente es un niño de menos de 18 años de edad, los padres no necesitan ser listados Si el paciente desea que su cónyuge o pareja tenga acceso, el cónyuge/pareja necesita ser listado abajo	
Nombre: _____	Nombre: _____
Relación: _____	Relación: _____
FdN (MM/DD/AA): _____ Teléfono: _____	FdN (MM/DD/AA): _____ Teléfono: _____

**Autorización de HIPAA y para Divulgar Información:** Yo autorizo a PCHC y sus afiliados, sus empleados y agentes a usar y divulgar información de salud protegida (por ejemplo, información relacionada con el diagnóstico, tratamiento, pago de reclamos y servicios de atención médica proporcionados o que se me proporcionarán y que identifiquen mi nombre, dirección, número de seguro social, número de identificación de miembro) con el fin de ayudarme a resolver problemas de reclamos y cobertura de beneficios de salud.

Entiendo que cualquier información de salud personal u otra información entregada a la persona u organización identificada anteriormente pueden estar sujeta a una nueva divulgación por parte de dicha persona/organización y puede que ya no esté protegida por las leyes federales y estatales de privacidad aplicables.

Entiendo que tengo el derecho de cancelar esta autorización mediante el envío de una notificación por escrito a Promise. Sin embargo, esta autorización no puede ser cancelada si los empleados o agentes ya han tomado acción con esta autorización antes de recibir mi notificación por escrito. También entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser divulgada por el recipiente y puede ya no ser protegida por la ley federal y estatal.

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negar firmar esta autorización. Mi negar de firmar no afectará mi elegibilidad de beneficios o inscripción o pago para o cobertura de servicios. Se me ha aconsejado sobre de las prácticas de esta Práctica de Privacidad, la póliza de Divulgación de Datos de Facturación, póliza de Asignación de beneficios, y conceder la práctica de la Autoridad del Historial de Medicamento. Reconozco que he recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad de Promise y entiendo que puedo solicitar una copia en cualquier momento.

**Intercambio de información sobre la salud:** Entiendo que Promise participa en el intercambio electrónico de información de salud con otros proveedores de atención médica a través de South Dakota Health Link. A menos que yo decida no participar, mi información médica electrónica será accesible a través del South Dakota Health Link a usuarios debidamente autorizados para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica solamente. Para optar por no participar o para obtener más información, puedo encontrar información en sdhealthlink.org o pedir ayuda al personal.

**Responsabilidad Financiera:** Mi firma a continuación indica que acepto la responsabilidad financiera de esta cuenta y por el pago de los servicios proporcionados a mí y a mi cónyuge y/o a mis dependientes.

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta según mi conocimiento.

Si es firmado por un representante legal:

Al firmar este formulario, declaro que soy representante legal del paciente identificado anteriormente y presentaré una prueba escrita (por ejemplo, poder notarial, testamento en vida, documentos de tutela, etc.) de que estoy legalmente autorizado para actuar en nombre del paciente con respecto a este formulario de autorización.



Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_