

Permiso para compartir mi información

Autorización para usar o dar a conocer información delicada de salud



Como se describe en su Aviso de Privacidad, la ley le exige a Louisiana Healthcare Connections que obtenga su autorización para todo uso o divulgación de sus expedientes de salud para fines diferentes a los de su tratamiento, el pago de servicios de atención de la salud que se le hayan brindado y nuestras operaciones de atención de la salud. En el Aviso de Privacidad, se le proporciona la información sobre cómo podemos usar o dar a conocer sus expedientes de salud. Usted tiene derecho a revisar y recibir una copia del Aviso de Privacidad antes de firmar esta autorización.

Nombre del o la afiliada: _____

Identificación del o la afiliada: _____

Yo, _____, autorizo que mi información de salud se use y dé a conocer según se describe a continuación:

1. Marque el (los) recuadros del (los) tipo(s) de información que corresponde a esta autorización y después, en el espacio suministrado, establezca cuánta y qué información se dará a conocer.

- SIDA/VIH y otras enfermedades comunicables (p. ej., enfermedad venérea)
- Información de salud mental (incluida salud conductual y atención psiquiátrica)
- Tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas
- Información de pruebas genéticas
- Otra – por favor, proporcione más información abajo

2. Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s), entidad o programa a que reciba esta información de salud:

Nombre: _____

Título: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____

3. Estamos solicitando esta autorización para usar o dar a conocer su información de salud con el (los) fin(es) siguiente(s):

- A petición de la persona.

4. Esta autorización vence el: _____

(Especifique la fecha, el evento o la condición según los cuales vencerá el consentimiento, si es que no se revoca antes)

Permiso para compartir mi información

Autorización para usar o dar a conocer información delicada de salud

Puede solicitar inspeccionar o copiar la información que Louisiana Healthcare Connections tiene la intención de divulgar. Puede rehusarse a firmar esta Autorización. Louisiana Healthcare Connections no puede poner como condición el que usted proporcione o se rehúse a proporcionar esta Autorización para proporcionarle un tratamiento, el pago, su inscripción o la elegibilidad para los beneficios. Una vez que se divulgue esta información de salud a la persona o personas arriba indicadas, su información de salud puede quedar sujeta a que esa persona o personas vuelvan a divulgarla. Si ha autorizado la divulgación de información de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, dicha información puede volver a divulgarse y podría no continuar estando protegida.

Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, excepto hasta donde la persona, las personas o la clase de personas o programa que divulgará la información ya haya actuado de conformidad con ella. Su revocación tiene que hacerse por escrito, estar firmada por usted o en representación suya y debe entregarse a la dirección indicada al final de este formulario. Usted puede entregar su revocación mediante cualquier método que elija (p. ej., personalmente o por correo), pero sólo tendrá validez cuando de hecho se reciba. Su revocación no tendrá validez en la medida que nosotros u otros hayan actuado en función de esta Autorización.

Si solicita información para usted o un tercero, Louisiana Healthcare Connections puede cobrar cuotas apropiadas y razonables para copiar dicha información. Dichas cuotas cumplirán con todas las leyes estatales y federales.

AUTORIZACIÓN

Yo, _____, he tenido la plena oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización, y confirmo que el contenido es compatible con mis instrucciones a Louisiana Healthcare Connections. Entiendo que, al firmar este formulario, estoy confirmando mi autorización de que Louisiana Healthcare Connections puede usar y/o divulgar a las personas y/u organizaciones nombradas en este formulario la información de salud descrita en este formulario.

Firma del afiliado o afiliada o su representante legal

Fecha

Escriba el nombre con letra de molde

Si está firmando en representación de un afiliado o afiliada, por favor describa su autoridad y proporcione la documentación conexas:

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE FIRMARLA.

SÓLO PARA USO DEL PLAN DE SALUD

Nombre: _____ Título: _____

Firma: _____