

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 miembro: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Número de identificación del miembro: _____

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

_____ **Liberar registros de** _____ **a** _____

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)
Si no se especifica una fecha de vencimiento, la autorización caducará seis (6) meses después de la fecha en que se firme.

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 miembro o su representante legal

Fecha

Escriba el nombre con letra de molde

Si está firmando en representación de un miembro, 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: _____



ENVÍE SU FORMULARIO COMPLETO A:

Louisiana Healthcare Connections, ATTN: Privacy Officer
P.O. Box 84180, Baton Rouge, LA 70884

O correo electrónico a: LHCC.CompliancePrivacy@LouisianaHealthConnect.com