WESTERN GROWERS

Western Growers

P.O. Box 2220, Newport Beach, CA 92658
(800) 777-7898 Fax: (949) 809-8952

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA EMITIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

SECCIÓN A: Individuo autorizando el uso y/o autorización.

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Número de Identificación del Empleado: _____

SECCIÓN B: El uso y/o divulgación siendo autorizada.

Información de Salud Protegida (ISP) que se Usará y/o Divulgará: **{Describa especificamente la ISP que se usará y/o divulgará}**

_____

_____

☐ Marque aqui si esta autorización es para notas psicoterapeuticas.

Si esta autorización es para notas psicoterapeuticas, usted no deberá usar esta autorización para cualquier otro tipo de información de salud autorizada (ISP) .

Entidades y Personas Autorizadas para Usar o Divulgar: **{Nombre o describa especificamente a las personas y/u organizaciones (o tipo de personas y/u organizaciones), incluyendonos, que estan autorizados para hacer uso de y/o divulgar la ISP descrita anteriormente}**

_____ _____

_____ _____

Entidades y Personas Autorizadas para Recibir: **{Nombre o indentifique especificamente a las personas y/u organizaciones (o tipo de personas y/u organizaciones), incluyendonos, que estan autorizadas para recibir y posteriormente usar y/o divulgar la ISP descrita anteriormente}**

_____ _____

_____ _____

Proposito de esta Autorización:

☐ A solicitud del individuo.

☐ Por los siguientes propositos:

_____

_____

Sin Condiciones: Esta autorización es voluntaria. No condicionaremos su incripción al plan de salud, elegibilidad de beneficios o el pago de reclamos por acceder a esta autorización.

Efecto de Conceder esta Autorización: La ISP utilizada o divulgada puede ser sujeta a re-divulgación por el destinatario, de manera que ya no será protegida bajo la Norma de Privacidad de HIPAA.

SECCIÓN C: Vencimiento y revocación.

Vencimiento: Esta autorización se vencerá (llene uno):

☐ El ____/____/_____

☐ Si ocurre alguno de los siguientes eventos (el evento debe relacionarse con el individuo o al proposito del uso y/o divulgación siendo autorizada):

_____

_____

Derecho a Revocar: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de un aviso escrito de mi revocación a la Oficina de Contacto anotada posteriormente. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará cualquier acto tomado en resguardo a mi autorización antes de que usted haya recibido el aviso escrtio de mi revocación.

Oficina de Contacto: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Domicilio: _____

FIRMA DEL INDIVIDUO.

Yo, _____, tuve la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización, y entiendo que, al firmar este formulario, estoy confirmando mi autorización del uso y/o divulgación de mi información de salud protegida, como lo describe este formulario.

Nombre en Letra de Molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta autorización esta firmada por un representante personal en nombre del individuo, llene lo siguiente:

Nombre del Representante Personal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el Individuo: _____

USTED TIENE EL DERECHO DE OBTENER UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN

UNA VEZ QUE LA HAYA FIRMADO

WESTERN GROWERS

Instrucciones para Completar el Formulario de Autorización

SECCIÓN A: Individuo autorizando el uso y/o divulgación.

Anote la información de la persona que esta autorizando el uso y/o divulgación de Información de Salud Protegida (ISP).

SECCIÓN B: El uso y/o divulgación que esta siendo autorizada.

1. Especifique que ISP esta permitiendo que se use y/o divulgue. Ejemplo: Cobros provinientes de proveedores de servicios de salud, cuestiones de eligibilidad bajo el plan de seguro, etc.

    - ❖ Si esta autorización es para notas psicoterapeuticas, por favor marque el cuadro correspondiente. Esto aplicará solamente a notas psicoterapeuticas. Si desea que se provea información que no aplique a notas psicoterapeuticas tendrá que entregar otro formulario por separado.

2. Nombre a todas las entidades y personas a las cuales esta dando autorización para usar y/o divulgar ISP.

3. Nombre a todas las entidades y personas, incluyéndo a nosotros, a las cuales está autorizando para recibir y subsecuentemente usar y/o divulgar ISP.

4. Marque el cuadro correspondiente a la razón por la cual esta mandando esta autorización, a su pedido o por alguna razón específica. Si es por alguna razón específica, por favor anote tal razón.

SECCIÓN C: Vencimiento y revocación.

1. Marque el cuadro correspondiente a cuando desea que la autorización venza, ya sea en una fecha dada o por algún evento especifico. **Ejemplo:** Reclamos resultando de un accidente. Toda autorización tiene un máximo de vida de 24 meses de la fecha en cual se firmo.

2. Escriba claramente el nombre en letra de molde de cada persona de 18 años de edad o mayor que esta autorizando la divulgación de información. Cada persona deberá firmar y fechar el formulario.