



## 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 provenientes de proveedores de servicios de salud, cuestiones de elegibilidad 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 específico. **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.



**Western Growers**  
P.O. Box 2220, Newport Beach, CA 92658

**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: \_\_\_\_\_

**SECCION B: El uso y/o divulgación siendo autorizada.**

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

⑤ Marque aquí si esta autorización es para notas psicoterapeúticas.

Si esta autorización es para notas psicoterapeúticas, 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 específicamente 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 específicamente 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:

- ⑤ A solicitud del individuo.
- ⑤ Por los siguientes propositos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sin Condiciones: Esta autorización es voluntaria. No condicionaremos su inscripción 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):

⑤ El \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

⑤ 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 escrito 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**