



Gobierno del Condado de Hamilton en Tennessee

Autorización de HIPAA para divulgar Información médica protegida

Para uso exclusivo de la oficina

Date Rcvd: _____
 Rcvd.(select one): US Mail Email HC-Mail/Email
 No. of Pages Rcvd: _____
 Expiration Date: _____
 Processed by: _____

Forwarded to Appropriate Office

Rcvd. By/Date: _____
 Rcvd.(select one): US Mail Email
 Forwarded to/on: _____

1) Esta autorización permite la divulgación y el uso de la Información Médica Personal ("PHI" por sus siglas en inglés) de:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del seguro social: _____
MM/DD/AAAA

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de la casa: _____ ¿Nos permite dejar mensaje de voz sobre esta autorización? Marque todas las que apliquen:
Incluya código de área Incluya el código de área En mi celular En el de casa No dejar mensajes

2) Al poner mis iniciales en **tinta azul** en cada una de las líneas siguientes, certifico que entiendo:

- _____ Esta autorización es un documento de tres páginas, y **es inválido a menos que las páginas 1 y 2 sean recibidas simultáneamente** y que todas las secciones requeridas se completen apropiadamente. HIPAA requiere que el Condado de Hamilton mantenga esta **autorización** en sus archivos por un período de seis años.
- _____ Los departamentos del Gobierno del Condado de Hamilton sólo pueden aceptar copias de esta autorización por fax procedentes de un proveedor médico. Si no es un proveedor médico, debo presentar el documento original o una copia electrónica por correo electrónico. **Todas las firmas e iniciales deben estar en tinta azul o de otro color; las firmas e iniciales en tinta negra serán rechazadas.**
- _____ La información divulgada en virtud de esta **autorización** puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por la legislación federal y estatal pertinente.
- _____ Puedo negarme a firmar esta **autorización** por cualquier razón y ningún departamento, división u oficina del Gobierno del Condado de Hamilton puede supeditar mi tratamiento o el acceso a los servicios en función de si firmo o no esta autorización, a menos que mi tratamiento sea de carácter investigativo o que vaya a recibir atención médica con el único propósito de crear información de salud protegida para ser divulgada al destinatario identificado en la Sección 2.
- _____ Tengo el derecho de revocar esta **autorización** por escrito en cualquier momento. La revocación será efectiva inmediatamente después de que el Condado de Hamilton reciba dicha revocación, excepto en la medida en que el Condado de Hamilton haya actuado basándose en esta autorización antes de que se recibiera la notificación de revocación por escrito. Para que sea efectiva, la revocación debe hacerse por escrito y enviarse a los departamentos, oficinas o divisiones seleccionadas en la Sección 7, a continuación.
- _____ Si no se indica ninguna fecha de finalización en la Sección 6, esta **autorización** expirará a los doce (12) meses de la fecha firmada en la sección 10.
- _____ Si un departamento del Gobierno del Condado de Hamilton inicia la divulgación de mis registros solicitando que complete esta **autorización**, recibiré una copia de este formulario firmado. Tengo el derecho de solicitar dicha copia si no se me proporciona.

3) Por la presente, se autoriza la divulgación de la PHI de la persona identificada en la sección 1, a (marque una):

Paciente o del paciente (seleccione uno): Proveedor médico Cónyuge Padre del paciente menor de 18 años Familiar

Abogado Representante personal, tutor ad litem, etc. Empresa / Empleador Otro: _____

Nombre del beneficiario u organización: _____ Número telefónico: _____
Incluya el código de área

4) Registros que deben proporcionarse en formato electrónico o impreso:

Electrónicamente, enviado por correo electrónico encriptado a: _____

Copias impresas enviadas al paciente a la dirección indicada en la sección 1. **Atención: los registros enviados al paciente sólo pueden enviarse a la dirección indicada en la sección 1.**

Copias impresas enviadas a: Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Las copias impresas deben ser recogidas en persona por (indique 1): Paciente o Beneficiario indicado en la sección 2.

Aviso: Se requiere identificación para recoger las copias impresas de los registros.

5) Propósito de divulgación (Marque lo que aplique): Cuidados médicos continuos Tratamiento especializado Uso personal Litigios

Pago de reclamaciones Otro: _____

6) Fecha de los registros solicitados.

Fecha(s) específica(s) de tratamiento o período solicitado: fecha de inicio: _____ hasta la fecha final: * _____
MM/DD/AAAA MM/DD/AAAA

*La fecha final no puede ser una fecha posterior a la de la firma de esta autorización.

7) Los registros deben entregarse a los siguientes departamentos del Gobierno del Condado de Hamilton. Marque **solo** uno:

Departamento de Salud Gestión de riesgos Facturación de ambulancia

Servicios Médicos de Urgencias (EMS) Recursos Humanos Otro: _____

8) Se autoriza la divulgación de los siguientes registros. Ponga sus iniciales en tinta azul al lado de cada categoría de los registros correspondientes:

_____ Estado de cuenta detallado	_____ Registros del Centro de Salud para personas sin hogar	_____ Registro medico completo*
_____ Informe del recorrido de la ambulancia	_____ Expediente de gestión de casos	_____ Otro: _____
_____ Registro de vacunación	_____ Departamento de WIC (mujeres, niños e infantes)	_____ Otro: _____
_____ Registros de la Ley de Ausencia Médica Familiar	_____ Registros dentales	_____ Otro: _____

*Esto no incluye los registros referentes a información altamente confidencial.

9) Divulgación de información altamente confidencial ("HCI" por sus siglas en inglés). Para autorizar la divulgación de cualquier HCI, el solicitante debe poner sus iniciales en tinta azul junto a la siguiente declaración:

_____ Al poner mis iniciales en cualquiera de las casillas que aparecen junto a una categoría de HCI, autorizo específicamente la divulgación de la categoría de HCI indicada junto a mis iniciales.

Por favor, ponga sus iniciales en tinta azul al lado de cada categoría aplicable de HCI. Si no se marca ninguna casilla, no se divulgará ninguna información para ningún fin.

_____ Enfermedad o discapacidad mental	_____ Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	_____ Asalto sexual
_____ Consejería/Notas de salud mental	_____ Adicción o abuso de sustancias	_____ Abuso de un adulto mayor o con discapacidad
_____ Abuso y negligencia infantil	_____ Abortos	_____ Prueba o tratamiento del VIH/SIDA*

*Incluyendo el hecho de que se haya solicitado, realizado o comunicado una prueba de VIH/SIDA, sin importar si los resultados de dichas pruebas fueron positivos o negativos.

10) Firmas de autorización. Lea la siguiente declaración y firme la(s) línea(s) correspondiente(s) con tinta azul.

He leído y entendido los términos de esta autorización, y por la presente autorizo con conocimiento de causa y voluntariamente al Gobierno General del Condado de Hamilton, específicamente al departamento que he seleccionado en la Sección 7, anterior, a divulgar mi información personal de salud ("PHI") como seleccioné anteriormente en las Secciones 8 y 9, para el(los) propósito(s) que señalé en la Sección 5. De acuerdo con el Código 28 de los Estados Unidos § 1746, por la presente declaro, bajo pena de perjurio, que soy el paciente titular de los expedientes solicitados, o el representante autorizado de dicho paciente, tal y como he indicado a continuación.

Firma del:

Paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____
MM/DD/AAAA Incluya a.m. o p.m.

Representante autorizado: _____ Fecha: _____ Hora: _____
MM/DD/AAAA Incluya a.m. o p.m.

Indique relación con el paciente: Padre de paciente menor de 18 años Tutor legal* Orden judicial* Albacea*
 Representante legal/Apoderado* Otro: _____ *Adjunte documentación legal correspondiente.

11) Esta sección será completada por un empleado del Condado de Hamilton cuando esta autorización sea diligenciada en una oficina del Gobierno del Condado de Hamilton.

Yo, _____, empleado del Condado de Hamilton, en el departamento de _____ mediante mi firma, confirmo que esta autorización fue diligenciada en mi presencia, en la fecha que he anotado a continuación, y que la identidad del paciente o solicitante fue verificada por mí, a través del método o métodos que he indicado a continuación

Solicitud del paciente. Documento de identidad con foto vigente.

- Licencia de conducir emitida por el Estado
 - Documento de identidad con foto expedido por el Estado
 - Firma verificada frente a los registros existentes
 - Carnet militar con foto
 - Pasaporte con foto
- Otro: _____

Solicitud del paciente – Si no presenta documento de identidad con foto

- Dos identificadores —teléfono, fecha de nacimiento, dirección, últimos cuatro dígitos del seguro social-verificados frente a registros existentes.

Otro: _____

Solicitud del paciente, tutor o representante legal. El solicitante debe proporcionar un documento de la lista A y B. Los documentos de identidad deben estar vigentes.

Lista A – Escoja uno

- Licencia de conducir emitida por el Estado
- Documento de identidad con foto expedido por el Estado
- Firma verificada frente a los registros existentes
- Carnet militar con foto
- Pasaporte con foto

Otro: _____

Lista B – Escoja uno

- Documentos legales aprobados por la Oficina del Fiscal del Condado (poder notarial, orden judicial, cartas testamentarias, etc.)
- Tarjeta de seguro médico - Verificación de que el menor está cubierto por el seguro médico de los padres.
- Certificado de nacimiento u orden de adopción en el que figure el padre identificado en el documento de identidad con foto como padre del menor.

Otro: _____

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

Instrucciones para enviar el formulario de autorización debidamente diligenciado

Lista de verificación e instrucciones especiales. Utilice esta lista para asegurarse de que ha proporcionado toda la información requerida y para darnos instrucciones especiales

- Asegúrese de haber incluido un número de teléfono en la sección 1 en caso de que necesitemos ponernos en contacto con usted.
- Asegúrese de que ha leído y puesto sus iniciales en cada una de las declaraciones de la sección 2.
- Asegúrese de que todas las iniciales y firmas estén en tinta azul o de otro color. Recuerde que las firmas con tinta negra serán rechazadas.
- Asegúrese de haber completado la sección 4, proporcionando una dirección a la que deberán enviarse los registros emitidos.
- Si solicita la divulgación de información altamente confidencial, asegúrese de haber puesto sus iniciales en la declaración de la sección 9 y de haber marcado al menos una casilla.
- Si usted no es el paciente y solicita la entrega de registros como padre, tutor, representante legal, etc. del paciente, asegúrese de haber adjuntado una copia legible de los documentos que le dan autoridad para actuar en nombre del paciente.
- Si tiene alguna instrucción especial sobre cómo divulgar sus registros, por favor complete la siguiente sección y envíe esta página con su Formulario de Autorización debidamente diligenciado.

Por la presente solicito que el Condado de Hamilton proporcione mi información médica protegida conforme a las siguientes instrucciones especiales:

Cómo enviar su autorización o notificación de revocación de autorización por correo postal o electrónico: Su autorización o notificación de revocación debe estar **firmada con tinta azul o de otro** color (las firmas en tinta negra serán rechazadas) puede ser enviada por correo postal a los departamentos, divisiones u oficinas que usted anotó en la sección 6 a la dirección indicada a continuación. Envíe un **formulario por separado para cada departamento** del que desee recibir registros.

Departamento de Salud del Condado de Hamilton
921 East Third Street
Chattanooga, TN 37403
Email: HDMedicalRecords@HamiltonTN.gov

Gestión de riesgos del Condado de Hamilton
317 Oak Street
Chattanooga, TN 37403
Email: JudithS@HamiltonTN.gov

Recursos Humanos del Condado de Hamilton
317 Oak Street
Chattanooga, TN 37403
Email: ShelleyK@HamiltonTN.gov

Servicios Médicos de Emergencia del Condado de Hamilton
317 Oak Street
Chattanooga, TN 37403
Email: EMSMedicalRecords@HamiltonTN.gov

Facturación de Ambulancias del Condado de Hamilton
455 North Highland Park
Chattanooga, TN 37404
Email: AmbulanceBilling@HamiltonTN.gov

Otro:
Hamilton County Attorney's Office
625 Georgia Avenue, Suite 204
Chattanooga, TN 37402
Attn: Dana M. Beltramo
Email: DBeltramo@HamiltonTN.gov