



Gobierno del Condado de Hamilton en Tennessee

Autorización de HIPAA para divulgar Información médica protegida (PHI)

Para uso oficial únicamente / Office Use Only	
Date Rcvd: _____	Rcvd. Office: _____
Rcvd. Via (circle one): US-Mail	Email HC-Mail Fax
No. Pages Rcvd: _____	Expiration Date: _____
Processed by: _____	
Forwarded To	
Office/Person: _____	
Forwarded Via (circle one): HC-Mail Email Fax	
Date Forwarded: _____	
Notes: _____	

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

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido(s) MM/DD/AAAA

Apellido(s) usados anteriormente: _____ Últimos 4 dígitos del seguro social: _____

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

Teléfono celular: _____ Marque esta casilla si podemos dejarle mensajes en _____ Teléfono de la casa: _____ Marque esta casilla si podemos dejarle mensajes en este número.
Incluya el código de área Incluya el código de área

Si nos permite contactarle por correo electrónico en relación con esta Autorización, indique aquí su dirección de correo electrónico: _____

2) Al poner mis iniciales con mi puño y letra, usando tinta azul o de otro color en cada una de las líneas siguientes, certifico que entiendo que:

- _____ 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. De acuerdo con la ley HIPAA, los departamentos correspondientes del Gobierno del Condado de Hamilton mantendrán esta Autorización en sus archivos por un período de seis (6) años.
- _____ Entiendo que si envío este formulario por fax: (a) Consulte la página 3 para ver la lista de números de fax de los departamentos; y (b) debido a que **HIPAA** requiere que un proveedor verifique la identidad del solicitante, el Gobierno del Condado de Hamilton puede requerir que yo verifique mi identidad por teléfono.
- _____ 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 8.
- _____ Tengo el derecho de revocar esta **autorización** por escrito en cualquier momento. La revocación será efectiva inmediatamente después de que el Gobierno del Condado de Hamilton reciba dicha revocación, excepto en la medida en que el Gobierno del Condado de Hamilton haya actuado basándose en esta autorización antes de que se recibiera notificación de revocación por escrito. Para que sea efectiva, la revocación debe hacerse por escrito y enviarse al departamento, oficina o división seleccionados en la Sección 4, que está 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 11.
- _____ 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) Propósito de divulgación. (Marque lo que aplique): Cuidados médicos continuos Uso personal Litigios Otro: _____

4) Los registros deben entregarse a los siguientes. Marque solo uno:

Condado de Hamilton Departamento de Salud Condado de Hamilton EMS Facturación de Condado de Hamilton EMS Otro: _____

Nombre del destinatario o de la organización: _____ Número telefónico: _____
Incluya el código de área

5) Se autoriza la divulgación de los siguientes registros. De su puño y letra, con tinta azul o de otro color, escriba sus iniciales junto a cada categoría de registros que solicita:

_____ Estado de cuenta detallado	_____ Departamento de WIC (mujeres, niños e infantes)
_____ Informe del recorrido de la ambulancia	_____ Registros Dentales
_____ Registro de vacunación	_____ FMLA Registros
_____ Registro medico*	_____ Otro: _____
_____ Expediente de gestión de casos	

**Esto sólo incluye los registros designados del (los) departamento(s) indicado(s). Los registros dentales, de WIC y de gestión de casos también pueden entregarse cuando se soliciten específicamente. Esto no incluye los registros relativos a la información altamente confidencial ICM (HCI por sus siglas en inglés). Véase la Sección 7 para la divulgación de información altamente confidencial.*

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

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. Las solicitudes de registros posteriores a esta fecha requieren una nueva autorización firmada por el paciente.*

7) Divulgación de información altamente confidencial ICM (HCI por sus siglas en inglés). Para divulgar cualquier ICM, el solicitante debe **poner sus iniciales de puño y letra** en la siguiente declaración y al lado de cada categoría de ICM autorizada a ser divulgada. **No** se entregarán las categorías que **no** lleven sus iniciales:

_____ Al poner mis iniciales en cualquiera de las categorías ICM que figuran a continuación, autorizo específicamente la divulgación de dicha categoría.

_____ Enfermedad o discapacidad mental
_____ Abuso de alcohol y sustancias
_____ Planificación familiar / cuidado anticonceptivo
_____ Prueba o tratamiento del VIH/SIDA*
_____ Infecciones de transmisión sexual (ITS)

**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.*

8) Los expedientes se entregarán a las siguientes personas: Marque solo uno.

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 destinatario/proveedor médico/organización: _____ Número telefónico: _____
Incluya el código de área

9) Proporcione los registros en el formato seleccionado a continuación. Marque solo uno.

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.** Enviado por correo electrónico encriptado a: _____
 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 8.

**Se requiere una identificación vigente con fotografía para la entrega.*

10) Verificación de la identidad. HIPAA requiere que el Gobierno del Condado de Hamilton verifique la identidad de cualquier persona que solicite información médica protegida. (45 CFR §164.514(h)). **Presento esta autorización mediante (seleccione uno):**

- En persona en una Oficina del Gobierno del Condado de Hamilton que aparece en la página 3.** Debe traer los **originales** de los documentos de verificación que seleccione en la Sección A-2 o B-2 a continuación.
- Correo postal de los EE.UU. o correo electrónico.** Debe presentar **copias claras y legibles en color** de los documentos de verificación que seleccione en la Sección A-2 o B-2 a continuación.
- Fax.** Los documentos de verificación que seleccione en la Sección A-2 o B-2 a continuación deben ser **claros y legibles** y **entregarse con** esta autorización.

¿Quién realiza esta solicitud? Seleccione **sólo una** de las **siguientes** listas A o B y, a continuación, rellene el resto de la sección correspondiente.

Lista A. Si selecciona una de las siguientes, rellene la Sección A-2.

- Paciente, solicito mi propio expediente/historial.
 Progenitor biológico del paciente menor de 18 años.

Lista B. Si selecciona una de las siguientes, complete la Sección B-2.

- Tutor legal del paciente: menor mayor de 18 años de edad.
 Representante legal Albacea testamentario
 Padre o madre adoptivos Abogado representante del paciente

Sección A-2. Proporcione una copia clara a color del frente y del reverso de una **identificación vigente con fotografía** de la siguiente lista. Seleccione **una** de las siguientes:

Expedido por el Estado: Licencia de conducir Identificación con fotografía Permiso para portar armas

Emitido por el Gobierno de los EE.UU.: Identificación Militar Pasaporte Documento de autorización de empleo ("EAD" por sus siglas en inglés), forma I-766 Certificado de naturalización/ciudadanía de los EE.UU. o documento de identidad de la ciudadanía

Otro: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del seguro social: _____

MM/DD/AAAA

No tengo una identificación actual con foto y no puedo presentarme en una Oficina del Gobierno del Condado de Hamilton. Solicito que intenten verificar mi identidad por teléfono usando el número de teléfono que indiqué en la Sección 1.
Lea y escriba sus iniciales en la siguiente declaración:

_____ Entiendo que, durante un período de 30 días naturales después de recibir esta autorización, el Gobierno del Condado de Hamilton intentará ponerse en contacto conmigo como he indicado en la Sección 1 al menos tres (3) veces durante el horario laboral normal. Si no me pueden contactar y no he proporcionado los documentos que seleccioné en la Sección A-2, esta Autorización expirará al final de este período de 30 días.

Sección B-2. Proporcione una copia clara a color del frente y del reverso de una **identificación vigente con fotografía** de la siguiente lista. Seleccione **una** de los siguientes:

Expedido por el Estado: Licencia de conducir Identificación con fotografía Permiso para portar armas

Emitido por el Gobierno de los EE.UU.: Identificación Militar Pasaporte Documento de autorización de empleo ("EAD" por sus siglas en inglés), forma I-766 Certificado de naturalización/ciudadanía de los EE.UU. o documento de identidad de la ciudadanía

Otro: _____

Adicionalmente a su identificación, presente uno de los siguientes documentos.

Copia certificada de: Poder notarial* Cartas testamentarias* Orden judicial* Partida de defunción
 Acta de nacimiento

*Debe indicar el nombre de la persona que aparece en la identificación con fotografía y el nombre de la persona cuyos expedientes se soliciten.

11) Firma autorizada. Lea la siguiente declaración, luego firme y anote la fecha **con su puño y letra con tinta azul o de otro color.**

He leído y entiendo los términos de esta Autorización y por la presente autorizo consciente y voluntariamente al Gobierno del Condado de Hamilton, específicamente al departamento que he seleccionado arriba en la Sección 4, a divulgar mi información médica personal (PHI por sus siglas en inglés) como he seleccionado arriba en las Secciones 5 y 7, para el(los) propósito(s) que he señalado en la Sección 3. De conformidad con el artículo §1746 del Código 28 de los EE.UU., por la presente declaro bajo pena de perjurio que soy el paciente, al que se refieren los registros solicitados o el representante autorizado de dicho paciente que he indicado anteriormente en la Sección 8.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____ Hora: _____

MM/DD/YYYY

Incluya a.m. o p.m.

PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE / OFFICE USE ONLY. I, _____, an employee of Hamilton County Government in the _____ department, by my signature confirm that this *Authorization* was: (1) **completed in my presence;** or (2) **the Requester's identity was verified by me,** via the appropriate method(s) as I have indicated, or per my notation(s), in Section 10, on the date I have entered below.

Employee Signature: _____

Date: _____

Please print on the first 2 lines (your name, department); sign and date in a colored ink.

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.
- Si podemos ponernos en contacto con usted por mensaje de voz o correo electrónico, asegúrese de haber marcado la(s) casilla(s) correspondiente(s) y/o de haber proporcionado su dirección de correo electrónico en la Sección 1.
- Asegúrese de haber leído y escrito sus iniciales con tinta azul o de otro color en cada uno de los enunciados de la Sección 2.
- Asegúrese de que todas las iniciales y firmas estén escritas con su puño y letra, con tinta azul o de otro color.
- Asegúrese de haber completado la sección 9, proporcionando una dirección a la que deberán enviarse los registros emitidos.
- Si solicita la divulgación de información altamente confidencial (HCI), asegúrese de haber firmado con sus iniciales en tinta azul o de otro color la declaración de la Sección 7 y de haber firmado con sus iniciales todas las categorías de HCI cuya divulgación se autoriza.
- 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. Tenga en cuenta que nos reservamos el derecho a rechazar el seguimiento de instrucciones que violen cualquier ley estatal o federal aplicable o las políticas del Gobierno del Condado de Hamilton.

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 de su puño y letra**. Puede enviarlos por correo postal de los EE.UU. o por correo electrónico al departamento, división u oficina que haya indicado en la Sección 4 a la dirección que se indica a continuación. Envíe un **formulario distinto por cada departamento** del que desee recibir registros o al que vaya a enviar una Notificación de Revocación.

Servicios Médicos de Emergencia del Condado de Hamilton
317 Oak Street
Chattanooga, TN 37403
Correo electrónico: EMSMedicalRecords@HamiltonTN.gov
Teléfono: 423-209-6900
Fax: 423-209-6902

Facturación de Ambulancias del Condado de Hamilton
455 North Highland Park
Chattanooga, TN 37404
Correo electrónico: AmbulanceBilling@HamiltonTN.gov
Teléfono: 423-209-6366
Fax: 423-209-6399

Departamento de Salud del Condado de Hamilton
921 East Third Street
Chattanooga, TN 37403
Correo electrónico: HDMedicalRecords@HamiltonTN.gov
Teléfono: 423-209-8209
Fax: 423-209-8210

Otro:
Angela Duncan, Directora de CHPS, RHIA, HIPAA
Departamento de Gestión de Riesgos del Condado de Hamilton
317 Oak Street, 2nd Floor
Chattanooga, TN 37403
Correo electrónico: AngelaD@HamiltonTN.gov
Teléfono: 423-209-6135