

## Autorización HIPAA/ Divulgación de información médica privada

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido	Nombre	Inicial de segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección			
Dirección de correo electrónico		Número de teléfono	

DESTINATARIO (si el paciente solicita información/materiales, escribir: para mí)			
Apellido	Nombre	Inicial de segundo nombre	Antenombre
Nombre y dirección del centro			
Número de teléfono	Número de fax	Dirección de correo electrónico	

¿A QUÉ CLASE DE INFORMACIÓN MÉDICA PRIVADA (PHI) QUIERE ACCEDER?
Fecha(s)/Nombre(s) de pruebas: _____ <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Factura detallada <input type="checkbox"/> Otro: _____
<small>*Pacientes de California: Si esta autorización es para información de salud mental/ abuso de sustancias o VIH, el/la paciente deberá completar otro formulario de autorización separado para que se pueda divulgar la información (1) protegida por la Ley Lanterman-Petris-Short (LPS) o la información que (2) contiene resultados de la prueba de VIH. Asimismo, la Ley LPS a menudo exige que tanto el/la paciente como el médico tratante firmen el formulario de autorización antes de la divulgación de la información.</small>

FORMA DE ENTREGA (SELECCIONE UNA) A LA DIRECCIÓN QUE SE DETALLA AQUÍ
<input type="checkbox"/> Correo postal de EE. UU. <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo electrónico (se usará cifrado y usted tendrá que crear una contraseña) <input type="checkbox"/> Copia sin cifrar por correo electrónico al paciente (Importante: usted asume el riesgo de acceso o divulgación de su información médica sin autorizar)
Enviar a: _____ _____ _____

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN ADJUNTA (AMBRY GENETICS SE RESERVA EL DERECHO DE VERIFICAR LA IDENTIDAD DE QUIEN SOLICITE PHI)
<input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Tarjeta de ID del DMV <input type="checkbox"/> Tarjeta de ID de empleado federal o estatal <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Si el paciente ha fallecido, presente la siguiente documentación además de la información de identificación anterior: <input type="checkbox"/> Copia del certificado de defunción u otra documentación que corrobore que el paciente ha fallecido. <input type="checkbox"/> Si el solicitante no es un familiar, un documento que demuestre que el solicitante tiene derecho de recibir la información (por ejemplo, poder legal, orden judicial, cláusula de nombramiento de albacea o administrador de patrimonio).

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE
Por medio del presente, autorizo la divulgación de mi información médica a las siguientes personas detalladas a continuación. Esta autorización tiene validez por 12 meses desde la fecha de la firma (que además se considera la fecha de vigencia de la autorización).
1. _____ 2. _____ 3. _____

**DERECHOS DEL PACIENTE/REPRESENTANTE**

- Comprendo que tengo el derecho de solicitar una copia de mi informe/resultados de laboratorio y que Ambry tiene la obligación de presentarlos dentro de un plazo de treinta (30) días calendario posteriores a la recepción de esta solicitud. Si esta solicitud se deniega o Ambry no puede responder dentro de los 30 días calendario, Ambry me lo notificará por escrito.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.
- Comprendo que las pruebas, el tratamiento, la inscripción o elegibilidad para beneficios de los servicios de pruebas de laboratorio clínico no se verán condicionados o afectados si firmo esta autorización.
- Entiendo que esta información médica puede ser utilizada por la persona que autorizo para que reciba dicha información para consulta o tratamiento médico, facturación o pago de reclamaciones o con otros fines según mis directivas.
- Comprendo que una vez que Ambry divulga mi información médica a partir de mi solicitud, no puede garantizar que el destinatario no vuelva a divulgar mi información médica a un tercero. Es posible que el tercero no tenga que cumplir con esta autorización o la ley estatal y federal vigente que rige el uso y divulgación de mi información médica.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que si tengo alguna pregunta en relación con esta autorización, puedo comunicarme con Ambry Genetics al 866-262-7943 para obtener más información sobre la misma o sobre cuestiones de privacidad.

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN QUE CONTIENE ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y CORRECTA; ADEMÁS ENTIENDO QUE TODO INTENTO FALSO DE OBTENER ACCESO A LA INFORMACIÓN MÉDICA PRIVADA QUEDA SUJETO A SANCIONES LEGALES.

Si el paciente no firma el formulario, indique su relación con el mismo a continuación:

- Padre, madre o tutor de paciente menor de edad (en la medida en que el/la menor no tenga consentimiento para recibir atención)
- Tutor o custodio de un paciente incompetente
- Profesional médico del paciente (con el aval de tener el consentimiento correspondiente del paciente nombrado)

Nombre del firmante: \_\_\_\_\_

Firma/Fecha: \_\_\_\_\_