



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Autorización Para el Uso o Divulgación de la Información de Salud Protegida
(Conforme a la Ley Responsabilidad y Portabilidad del Seguros Médicos,
Código de Regulaciones Federales 45 Partes 160 y 164)

1. Autorización:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo autorizo a **Kroger Specialty Pharmacy** (proveedor farmacéutico) a utilizar y divulgar la información de salud protegida (PHI pos sus siglas en inglés) descrita abajo a las siguientes personas:

_____ Nombre/Relación

_____ Nombre/Relación

_____ Nombre/Relación

2. Período de Vigencia:

 las fechas de servicio que cubre esta autorización son:

Fecha de inicio _____ (MM/DD/AA) fecha de finalización _____ (MM/DD/AA)

3. Alcance de la Autorización: (elija una opción)

Autorizo la divulgación de la información específica de mi historial de salud, indicada aquí _____

Autorizo la divulgación de mi historial de salud completo (excluyendo información de alta confidencialidad)

Autorizo la divulgación de mi historial de salud completo, **incluyendo** la información de alta confidencialidad indicada a continuación:

Registros de salud mental

Enfermedades contagiosas (incluyendo VIH y SIDA)

Tratamientos para el abuso de drogas o alcohol

Otra (favor de especificar) _____

Favor de indicar el método de entrega: (Nota: existen ciertos riesgos inherentes con respecto a la transmisión de un correo electrónico. No podemos garantizar la seguridad de transmisiones vía correo electrónico)

Por E-mail a: _____

Por correo a: _____

Por fax al: _____

4. Cúal es el propósito específico del uso o la divulgación de la Información de Salud Protegida

A petición mía (paciente o representante del paciente).

O

Enumere y describa cada propósito _____

5. Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización.

6. Entiendo que tengo el derecho, en cualquier momento, de revocar esta autorización por escrito. Entiendo que la revocación no es vigente en la medida en la que alguna persona o entidad ya haya actuado basándose en mi autorización; o si mi autorización se obtuvo como condición de cobertura de seguro y el asegurador tiene el derecho legal de disputar una reclamación. Entiendo que la revocación sólo tiene vigencia después de que la farmacia la recibe y ha sido registrada.

7. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no se verán condicionados por el hecho de que firme o no firme esta autorización.

8. Entiendo que la información utilizada o divulgada, conforme a esta autorización, puede ser divulgada por el receptor y dejar de estar protegida por las leyes estatales o federales.

Firma del Paciente o Representante Personal

Nombre, en Letra de Imprenta, del Paciente o del Representante Personal y Relación del Representante con el Paciente.

Fecha

Favor de completar este formulario y enviarlo via e-mail a: compliance@krogerhealth.com

Este formulario tiene una validez de un año a partir de la fecha de la firma, a menos que el paciente o su representante lo anule antes mediante una comunicación por escrito.

Debe adjuntarse cualquier documentación que se utilice para verificar la autoridad del Representante Personal.