

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 Axiom Healthcare de Puerto Rico (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:*

<input type="checkbox"/> Autorizo la divulgación de la información específica de mi historial de salud, indicada aquí:
<input type="checkbox"/> Autorizo la divulgación de mi historial de salud completo (excluyendo información de alta confidencialidad).
<input type="checkbox"/> Autorizo la divulgación de mi historial de salud completo, incluyendo la información de alta confidencialidad indicada a continuación: <input type="checkbox"/> Registros de salud mental <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas (incluyendo VIH y SIDA) <input type="checkbox"/> Tratamientos para el abuso de drogas o alcohol <input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Por Email a:
<input type="checkbox"/> Por Correo a:
<input type="checkbox"/> Por Fax al:

## 4. Cúal es el Propósito Específico del Uso o la Divulgación de la Información de Salud Protegida

<input type="checkbox"/> A petición mía (paciente o representante del paciente); o
<input type="checkbox"/> 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.

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

Favor de completar este formulario y enviarlo via e-mail a: [ksp-collections@axiumhealthcare.com](mailto:ksp-collections@axiumhealthcare.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.