

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 de farmacia) a utilizar y divulgar la información de salud protegida (PHI por sus siglas en inglés) descrita abajo a las siguientes personas:

Nombre/Relación
Nombre/Relación
Nombre/Relación

2. Fechas de Servicio *Periodo de servicio que se solicita:*

Fecha de Inicio (Mes/Día/Año)	Fecha de Finalización (Mes/Día/Año)
-------------------------------	-------------------------------------

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 Postal 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 Impresa, 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: 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.