

Las siguientes instrucciones explican cómo completar la primera página de este formulario.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos al número de teléfono que figura en el frasco de su receta.

Parte A: Información del Paciente

Esta sección aplica al paciente que solicita que divulguemos su información a otra persona o compañía.

1. Escriba en letra de imprenta su apellido, nombre de pila y la inicial de su segundo nombre.
2. Escriba su fecha de nacimiento en el siguiente formato: mmddaaaa. (Si nació el 5 de octubre de 1960, debe escribir 10051960).
3. Escriba su dirección completa, ciudad, estado y código postal.
4. Escriba su número de teléfono durante el día, incluido el código de área.
5. Escriba su número de celular/móvil, incluido el código de área.

Los siguientes dos campos son solo para miembros de Carelon.

6. **Número de identificación:** Encontrará este número en su tarjeta de identificación del miembro.
7. **Número de grupo:** Encontrará este número en su tarjeta de identificación del miembro. Si en su tarjeta de identificación no figura el número de grupo, deje este campo en blanco.

Parte B: Persona o Compañía Que Puede Recibir Esta Información

8. Escriba el nombre completo de la persona o compañía a la cual desea que le entreguemos su información. No utilice un término general, como "mi hija" o "mi hijo", ya que no se aceptará. Debe especificar el nombre.
9. Si marca la casilla "Otro", indique el nombre y apellido (si están disponibles) o el nombre de la compañía (si aplica) y cómo se relaciona con usted.

Parte C: Información Que Puede Entregarse

Esta sección indica qué información desea que entreguemos: toda la información o solo una parte.

10. Si desea seleccionar "toda su información", marque la primera casilla.
11. Si desea seleccionar "información limitada", marque la segunda casilla y las casillas que apliquen a su caso.
12. Algunos temas pueden ser muy personales o sensibles para usted. Si desea autorizar la entrega de este tipo de información, marque las casillas que apliquen a su caso.

Formulario de autorización de divulgación de información del paciente con respecto a la HIPAA

axiumpri.com

El paciente debe completar este formulario si hay una solicitud para entregar información de salud del paciente a otra persona o compañía. Incluya tanta información como pueda.

Parte A: Información del Paciente			
Apellido del Paciente	Nombre del Paciente	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento del Paciente
Dirección del Paciente	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono (con código de área)	Número de Teléfono Celular (con código de área)	Número de Identificación (por la parte de identificación)	Número de Grupo (por la parte de identificación)

Parte B: Persona o Compañía Que Puede Recibir Esta Información	
Las siguientes personas o compañías tienen derecho de recibir mi información. (Deben ser mayores de 18 años). Indique el nombre de pila y el apellido. La persona cuyo nombre de pila y apellido aparece más abajo puede recibir mi información.	
MI Cónyuge (describa el nombre de pila y el apellido)	MI Padres (o si es mayor de 18 años) (describa el nombre de pila y el apellido)
MI Pareja Doméstica (describa el nombre de pila y el apellido)	MI Agente de Seguros (describa el nombre de la compañía, así como el nombre de la persona con la que se relaciona)
MI Hijos Adultos (describa el nombre de pila y el apellido)	Otro (describa el nombre de pila y el apellido, si lo conoce, el nombre de la compañía y cómo se relaciona con usted)

Parte C: Información Que Puede Entregarse	
Autorizo a Axium Healthcare de Puerto Rico que use o entregue la siguiente información en mi nombre. Marque solo una casilla: ☐ Toda mi información. Esto puede abarcar salud, diagnósticos (nombre de enfermedad o condición), reclamaciones, médicos y otros proveedores de atención médica, e información financiera (como facturación y operaciones bancarias). Esto no incluye información sensible (vea más abajo), a menos que se apruebe. O BIEN, ☐ Solo información limitada (marque todas las casillas que correspondan más abajo). ☐ Apellación ☐ Beneficios y Cobertura ☐ Facturación ☐ Reclamaciones y Pagos ☐ Médicos y Hospitales ☐ Diagnóstico (nombre de la enfermedad o condición) Tratamiento y Procedimiento ☐ Elegibilidad e inscripción ☐ Información Financiera ☐ Registros Médicos ☐ Certificaciones y Autorizaciones Previas (para la aprobación de tratamientos) ☐ Referencia ☐ Tratamiento ☐ Atención Dental ☐ Atención de la Vista ☐ Farmacia	
También apruebo la entrega de los siguientes tipos de información sensible por parte de Axium Healthcare de Puerto Rico (marque todas las casillas que apliquen a su caso): ☐ Toda la información sensible. O BIEN, ☐ Solo información sensible sobre los temas marcados más abajo. ☐ Abuso (sexual/físico/mental) ☐ Trastorno por Abuso de Sustancias ☐ Estudios Genéticos ☐ VIH o SIDA ☐ Salud Mental ☐ Enfermedades de Transmisión Sexual ☐ Salud Reproductiva¹ (incluido aborto, maternidad, etc.) ¹ Especifique el plazo de los registros que se divulgarán: _____ Descripción de los registros que pueden divulgarse: _____ ² A menos que especifique lo contrario en este formulario, mi intención es que esta entrega incluya todos los registros de trastornos por abuso de sustancias que mantenga Axium Healthcare de Puerto Rico sobre mí. Comprendo que los registros sobre mi trastorno por abuso de sustancias están protegidos por leyes y reglamentos estatales y federales de confidencialidad, y que no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que las leyes y los reglamentos estipulen de otra forma. También entiendo que puedo revocar (o cancelar) esta aprobación en cualquier momento o según lo descrito en la Parte E. Entiendo que no puedo cancelar esta aprobación cuando este formulario ya se haya utilizado para divulgar información. ³ Salud reproductiva incluye, entre otros, infertilidad masculina y femenina, maternidad, pérdida del embarazo, aborto espontáneo, planificación familiar, control de la natalidad, aborto electivo y espontáneo, y cualquier otra atención o servicio relacionado.	

1 of 2

3347-080626-7042

Lea la siguiente información si necesita ayuda para completar la segunda página del formulario.

Parte D: Objetivo de Esta Aprobación

Esta sección indica los motivos por los que usted ha solicitado la entrega de su información.

1. Marque la primera casilla para indicarnos que debemos entregar esta información de la forma indicada en este formulario.
2. Marque la segunda casilla por un motivo específico. Un ejemplo podría ser resolver una reclamación del seguro de vida.

Parte E: Fecha de su Aprobación

Usted tiene dos opciones con respecto al momento en el que desea que termine esta autorización.

3. Marque la primera casilla para elegir el plazo estándar de un año de validez.
4. Marque la segunda casilla para elegir un plazo más corto, de menos de un año, e indique la fecha en que desea que termine.

No se puede otorgar su autorización/aprobación por más de un año.

Parte F: Revisar y Aprobar

5. **Firme con su nombre e indique la fecha en el formulario.**
Su nombre y su firma deben coincidir con la información de la Parte A.
6. **Si está firmando este formulario en representación de otra persona, si tiene un poder legal para decisiones de atención médica o si es tutor legal/curador, debe hacer lo siguiente:**
 - Debe completar la sección tutor/representante legal designado.
 - También debe proporcionarnos una copia de la documentación legal.



Formulario de autorización de divulgación de información del paciente con respecto a la HIPAA
aaxiumpr.com

1
2
3
4
5
6

Parte D: Objetivo de Esta Aprobación. Marque Solo Una Casilla.
☐ Entregar la información en la forma descrita en este formulario. **O BIEN,**
☐ Por los siguientes motivos:

Parte E: Fecha Que Expira su Aprobación: Marque Solo Una Casilla.

Si este documento aún no se ha retirado, esta aprobación caducará en la primera de las siguientes fechas.

☐ Al transcurrir un año desde la fecha de firma que figura en la Parte F. **O BIEN,**
☐ Antes del año y en la fecha indicada más abajo:

Parte F: Revisión y Aprobación

He leído el contenido de este formulario. Comprendo, acepto y autorizo a Axiom Healthcare de Puerto Rico a usar y entregar mi información según lo he indicado más arriba o según lo exija la ley aplicable. Asimismo, comprendo que firmar este formulario es un acto voluntario. Entiendo que Axiom Healthcare de Puerto Rico no requiere que firme este formulario para que yo reciba tratamiento o pago, ni para inscribirme o ser elegible para recibir beneficios.

Tengo derecho de revocar esta aprobación en cualquier momento, mediante aviso por escrito a Axiom Healthcare de Puerto Rico. Entiendo que el retiro de esta aprobación no afectará ninguna medida tomada con anterioridad a dicho retiro. También comprendo que la información a entregarse puede ser, a su vez, divulgada por la persona o el grupo que la reciba. Si esto ocurre, ya no estará protegida en virtud de la norma de privacidad de la HIPAA. Tengo derecho de obtener una copia de este formulario.

Firma del Paciente o Del Tutor/Representante Legal Designado
Fecha (MM/DD/AAAA)

Tutor/Representante Legal Designado

Complete esta sección solo si tiene documentación de respaldo de la representación legal.

Si este formulario lo firma otra persona que no sea el paciente o sus padres, como un representante personal, un representante legal o un tutor que actúe en representación del paciente, debe presentar lo siguiente:

- Una copia del poder de representación duradero, poder general o poder legal para decisiones de atención médica. **O BIEN**
- Una orden judicial u otra documentación en la que se demuestre la custodia u otra documentación legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del paciente

Complete lo siguiente:

Representante legal (nombre completo en letra de imprenta)	Relación Legal con el Paciente	
Dirección del Representante Legal	Estado	Código Postal
Firma	Fecha (MM/DD/AAAA)	

Devuelva el formulario completo a:
Axiom Healthcare
Professional Offices Park
1001 San Roberto Street, Suite 101
San Juan, PR 00926
or Fax: 800-546-2163

Solo para Uso interno
Número de Seguimiento de la Consulta

Conservar una copia de este formulario para sus registros.

2 of 2

Ejemplos de Documentos Legales:

- **Poder de Representación Duradero, Poder General o Poder Legal para Decisiones de Atención Médica.** Este documento le otorga a una persona de su confianza, la autorización legal para actuar en su representación y tomar decisiones respecto de su atención médica.
- **Tutela Legal.** En este caso, el tribunal designa a alguien para que cuide a otra persona.
- **Custodia.** Es cuando un juez designa a una persona responsable para que tome decisiones por otra persona que no puede tomar decisiones responsables por sí misma.
- **Ejecutor de la Sucesión.** Este tipo de documento se utiliza cuando la persona representada ha fallecido.

El paciente debe completar este formulario si hay una solicitud para entregar información de salud del paciente a otra persona o compañía. Incluya tanta información como pueda.

Parte A: Información del Paciente

Apellido del Paciente	Nombre del Paciente	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento del Paciente (MMDDAAAA)
Dirección del Paciente	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono Que Utiliza Durante el Día (con código de área)	Número de Teléfono Celular/Móvil (con código de área)	Número de Identificación (ver la tarjeta de identificación)	Número de Grupo (ver la tarjeta de identificación)

Parte B: Persona o Compañía Que Puede Recibir Esta Información

Las siguientes personas o compañías tienen derecho de recibir mi información. (Deben ser mayores de 18 años).

Indique el nombre de pila y el apellido. La persona cuyo nombre de pila y apellido aparece más abajo puede recibir mi información.

Mi Cónyuge (escriba el nombre de pila y el apellido)	Mis padres (si es mayor de 18 años) (escriba el nombre de pila y el apellido)
Mi Pareja Doméstica (escriba el nombre de pila y el apellido)	Mi Agente de Seguros (escriba el nombre de la compañía, así como el nombre de pila y el apellido)
Mis Hijos Adultos (escriba el nombre de pila y el apellido)	Otro (escriba el nombre de pila y el apellido [si los conoce], el nombre de la compañía y cómo se relaciona con usted)

Parte C: Información Que Puede Entregarse

Autorizo a Axiom Healthcare de Puerto Rico que use o entregue la siguiente información en mi nombre. Marque solo una casilla:

☐ **Toda mi información.** Esto puede abarcar salud, diagnósticos (nombre de enfermedad o condición), reclamaciones, médicos y otros proveedores de atención médica, e información financiera (como facturación y operaciones bancarias). Esto no incluye información sensible (vea más abajo), a menos que se apruebe. **O BIEN,**

☐ **Solo Información Limitada** (marque todas las casillas que correspondan más abajo).

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Apelación | ☐ Elegibilidad e Inscripción | ☐ Referencia |
| ☐ Beneficios y Cobertura | ☐ Información Financiera | ☐ Tratamiento |
| ☐ Facturación | ☐ Registros Médicos | ☐ Atención Dental |
| ☐ Reclamaciones y Pagos | ☐ Certificaciones y Autorizaciones Previas | ☐ Atención de la Vista |
| ☐ Médicos y Hospitales | (para la aprobación de tratamientos) | ☐ Farmacia |
| ☐ Diagnóstico (nombre de la enfermedad o condición) | Tratamiento y Procedimiento | |

También apruebo la entrega de los siguientes tipos de información sensible por parte de Axiom Healthcare de Puerto Rico (marque todas las casillas que apliquen a su caso):

☐ **Toda la Información Sensible.**² **O BIEN,**

☐ **Solo información sensible sobre los temas marcados más abajo.**

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Abuso (exual/físico/mental) | ☐ VIH o SIDA | ☐ Salud Reproductiva ³ |
| ☐ Trastorno por Abuso de Sustancias ^{1,2} | ☐ Salud Mental | (incluido aborto, maternidad, etc.) |
| ☐ Estudios Genéticos | ☐ Enfermedades de Transmisión Sexual | |

¹ Especifique el plazo de los registros que se divulgarán: _____
Descripción de los registros que pueden divulgarse: _____

² A menos que especifique lo contrario en este formulario, mi intención es que esta entrega incluya todos los registros de trastornos por abuso de sustancias que mantenga Axiom Healthcare de Puerto Rico sobre mí. Comprendo que los registros sobre mi trastorno por abuso de sustancias están protegidos por leyes y reglamentos estatales y federales de confidencialidad, y que no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que las leyes y los reglamentos estipulen de otra forma. También entiendo que puedo revocar (o cancelar) esta aprobación en cualquier momento o según lo descrito en la Parte E. Entiendo que no puedo cancelar esta aprobación cuando este formulario ya se haya utilizado para divulgar información.

³ Salud reproductiva incluye, entre otros, infertilidad masculina y femenina, maternidad, pérdida del embarazo, aborto espontáneo, planificación familiar, control de la natalidad, aborto electivo y espontáneo, y cualquier otra atención o servicio relacionado.

Parte D: Objetivo de Esta Aprobación. Marque Solo Una Casilla.

- ☐ Entregar la información en la forma descrita en este formulario. **O BIEN,**
- ☐ Por los siguientes motivos:

Parte E: Fecha Que Expira su Aprobación: Marque Solo Una Casilla.

Si este documento aún no se ha retirado, esta aprobación caducará en la primera de las siguientes fechas.

- ☐ Al transcurrir un año desde la fecha de firma que figura en la Parte F. **O BIEN,**
- ☐ Antes del año y en la fecha indicada más abajo:

Parte F: Revisión y Aprobación

He leído el contenido de este formulario. Comprendo, acepto y autorizo a Axiom Healthcare de Puerto Rico a usar y entregar mi información según lo he indicado más arriba o según lo exija la ley aplicable. Asimismo, comprendo que firmar este formulario es un acto voluntario. Entiendo que Axiom Healthcare de Puerto Rico no requiere que firme este formulario para que yo reciba tratamiento o pago, ni para inscribirme o ser elegible para recibir beneficios.

Tengo derecho de revocar esta aprobación en cualquier momento, mediante aviso por escrito a Axiom Healthcare de Puerto Rico. Entiendo que el retiro de esta aprobación no afectará ninguna medida tomada con anterioridad a dicho retiro. También comprendo que la información a entregarse puede ser, a su vez, divulgada por la persona o el grupo que la reciba. Si esto ocurre, ya no estará protegida en virtud de la norma de privacidad de la HIPAA. Tengo derecho de obtener una copia de este formulario.

Firma del Paciente o Del Tutor/Representante Legal Designado

Fecha (MMDDAAAA)

Tutor/Representante Legal Designado

Complete esta sección solo si tiene documentación de respaldo de la representación legal.

Si este formulario lo firma otra persona que no sea el paciente o sus padres, como un representante personal, un representante legal o un tutor que actúe en representación del paciente, debe presentar lo siguiente:

- Una copia del poder de representación duradero, poder general o poder legal para decisiones de atención médica, **O BIEN**
- Una orden judicial u otra documentación en la que se demuestre la custodia u otra documentación legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del paciente

Complete lo siguiente:

Representante legal (nombre completo en letra de imprenta)	Relación Legal con el Paciente	
Dirección del Representante Legal	Estado	Código Postal
Firma	Fecha (MMDDAAAA)	

Devuelva el formulario completo a:

Axiom Healthcare
Professional Offices Park
1001 Calle San Roberto, Suite 101
San Juan, PR 00926
or Fax: 800-546-2163

Solo para Uso Interno

Número de Seguimiento de la Consulta

Conserve una copia de este formulario para sus registros.