



4535 Dressler Rd. NW, Canton, OH 44718  
Telephone: 1-855-687-0618  
Fax: 330-492-8489

Autorización para usar y divulgar Información de Salud Protegida  
Artículo 164.508 del título 45 del Código de Reglamentaciones Federales

Las leyes federales y de los estados, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), exige que los proveedores de atención médica protejan la información sobre la salud del paciente. US Acute Care Solutions (USACS) brinda servicios de facturación y gestión para proveedores de atención médica afiliados o contratados que prestan servicios médicos agudos.

Autorizo a USACS y a sus empleados o agentes, incluidos el médico tratante u otros proveedores de atención médica, a divulgar y revelar Información de Salud Protegida («ISP») sobre mi persona, conforme a las restricciones y condiciones establecidas en este Formulario de Autorización.

**Sección A: Datos del/de la paciente**

Complete toda la información solicitada en esta sección sobre el/la paciente cuya información se revelará, divulgará o analizará verbalmente con otra persona u organización indicada en la sección B a continuación.

**Nombre del/de la paciente**

(Primero, inicial del segundo nombre, apellido, tratamiento, sufijo [padre, hijo, III])

**Fecha de**

**nacimiento:**

**Número de teléfono:**

**Domicilio:**

**Ciudad:**

**Estado, código postal:**

**Últimos 4 dígitos del  
número de seguro social**

**Sección B: Nombre de la persona/organización autorizada para ver, recibir o analizar verbalmente la ISP**

Por favor indique la persona u organización a la cual autoriza ver, recibir o analizar verbalmente su ISP. Entre las organizaciones se incluyen aseguradores, compañías de seguros, abogados, bufetes, etc.

**Nombre de la persona/organización:**

**Relación con el paciente:**

**Domicilio:**

**Número de teléfono:**

**Estado, código postal:**

**Número de fax:**

**Sección C: Se puede revelar, divulgar o analizar verbalmente la ISP que se detalla a continuación con la persona/organización indicada en la sección B precedente. Marque el casillero que corresponda.**

- Registros de facturación  Registros de facturación y médicos  
 Registros médicos

**Sección D: Fechas de los tratamientos médicos a revelar o analizar verbalmente**

Marque el casillero que corresponda y suministre la información.

- Fecha del tratamiento médico para la enfermedad, lesión o accidente el: \_\_\_\_\_ (fecha)  
 Fecha del tratamiento médico para la enfermedad, lesión o accidente desde: \_\_\_\_\_ (fecha) hasta \_\_\_\_\_ (fecha)  
 En cualesquier y todos los horarios y fechas de tratamiento

**Sección E: Estos registros se utilizarán/revelarán con el propósito de:**

Seleccione un propósito.

- Reclamación  Atención permanente  Cuestión legal  Uso personal  
 Otro (especificar)

**Sección F: Autoridad del representante para actuar en nombre del/de la paciente indicado/a en la sección A**

Complete esta sección si usted es representante personal y actúa en nombre del/de la paciente indicado/a en la sección A. Debe incluir una copia de uno de los siguientes documentos como prueba de la legitimidad de representación y las facultades conferidas:

- \*Certificado de tutela
- \*Poder notarial médico
- \*Documento de representación para atención médica válido

- Padre/madre de un/una menor de edad  
 Poder notarial médico/representante (favor de proporcionar documentación)  
 Tutor legal (favor de proporcionar documentación) Salud  
 Sustituto para casos de urgencias médicas (propocione documentación)  
 Otro: especifique (favor de proporcionar documentación)

**Nombre del representante:**

(Primero, inicial del segundo nombre, apellido, tratamiento, sufijo [padre, hijo, III])

**Domicilio completo:**

**Firma**

\_\_\_\_\_

**Fecha**

**Relación con el paciente:**

**Número de teléfono:**

**Sección G: Declaraciones de aceptación/entendimiento y descargos de responsabilidad**

1. Con la firma del presente Formulario de Autorización, acepto que se puede llegar a divulgar información relacionada con el uso o abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental (excepto notas de psicoterapia), información sobre pruebas genéticas, embarazo y uso de anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual e información confidencial relacionada con el SIDA/VIH. Doy mi consentimiento para que se divulgue información.
2. Acepto que la persona u organización que recibe mi Información de Salud Protegida (ISP) puede no ser un proveedor de atención médica o un plan de salud sujeto a las reglamentaciones de privacidad federales y de los estados, y la información divulgada puede ser transmitida a un tercero, de modo que mi ISP ya no estará protegida por esas reglamentaciones. Por medio de la presente Autorización, eximo a todas y cada una de las partes autorizadas a divulgar mi ISP y a sus empleadores y personal de toda responsabilidad que surja como consecuencia de que se divulgue dicha información conforme a esta Autorización.
3. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento, para lo cual debo enviar una notificación escrita a: Privacy Officer, 4535 Dressler Rd. N.W., Canton, OH 44718. Entiendo que toda revocación carece de validez si ya se hayan tomado medidas en virtud de esta Autorización.
4. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que esto no afectará mis posibilidades de obtener tratamiento, realizar pagos o gozar de elegibilidad para recibir beneficios.
5. A menos que se la revoque, la presente Autorización será válida durante 1 año a partir de la fecha de la firma, salvo que se indique una fecha, evento o condición anterior: \_\_\_\_\_

**Sección H: Firma/Fecha**

Lea, complete y revise íntegramente este Formulario de Autorización antes de firmar, por favor.

Es mi elección firmar este formulario y lo hago voluntariamente. Firmo esta Autorización bajo pena de perjurio y certifico que la información aquí contenida es verdadera y correcta, y que US Acute Care Solutions puede confiar en ella.

**Firma del paciente:**

\_\_\_\_\_

**Nombre en letras de imprenta: (escriba con letra legible, por favor)**

\_\_\_\_\_

**Fecha**

**Si tiene alguna duda sobre este Formulario, comuníquese con el Departamento de Servicios al Paciente de USACS al número de teléfono que se proporciona a continuación.**

**Sírvase devolver este formulario completo a:**

**US Acute Care Solutions  
Attention: Patient Services Department  
4535 Dressler Rd. N.W.  
Canton, Ohio 44718**

**Teléfono: 1-855-687-0618  
Fax: 330-492-8489**