



AUTORIZACIÓN ESTÁNDAR DE OKLAHOMA PARA USAR O COMPARTIR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI)
LIBERACION DE INFORMACION DE STIGLER HEALTH AND WELLNESS CENTER, INC (ROI)

Nombre del Paciente:
Fecha de Nacimiento:

Record Medico:
Seguro Social:

Yo autorizo a Nombre de la Persona/Organización Reveladora de PHI

liberar la siguiente información Personas/Organizaciones Autorizadas Para Recibir Mi Información

Table with 4 columns: Domicilio, Relacin, Telefono, Fax/Correo electrónico

Información que será compartida:

- Notas de Psicoterapia (si elige este cuadro, ningun otro podrá ser elegido)
Récord Médico Entero
evaluación de la salud del comportamiento
registros de trastornos por uso de sustancias
Información médica recopilada entre y
Información de su cuenta/facturación:
Otra:

La información solamente podrá ser revelada con los siguientes propósitos:

- Aseguranza
Continuación de Tratamiento
Legal
A petición mía o mi representante
Otro:

Yo comprendo que al firmar esta autorización voluntariamente:

- Yo autorizo que se use y se divulgue mi PHI con el propósito(s) descrito, listado arriba.
Tengo el derecho de retirar el permiso de la liberación de mi información. Si yo firmo esta autorización para el uso de o que se comparta mi información, puedo revocar el permiso en cualquier momento. La revocación del permiso debe ser por escrito a la persona/organización que esté divulgando la información y no afectará la información que ya haya sido usada o divulgada.
Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización..

- Yo comprendo que a menos de que el propósito de esta autorización sea para determinar el pago de beneficios, firmar esta autorización no afectará mi elegibilidad para beneficios, tratamiento, inscripción o pago de reclamos.
- Yo comprendo que puedo hacerle cambios a esta autorización en cualquier momento, por escrito, a la persona/organización que esté divulgando la información.
- Yo comprendo que no puedo restringir la información que ya pudo haber sido compartido basada en esta autorización.
- Yo comprendo que mis records actualmente son protegidos por los Estatutos Estatales de Oklahoma y regulaciones federales de privacidad incluyendo los de HIPAA 45 C.F.R. Parts 160 & 164. Yo comprendo que mi información de salud especificada arriba puede ser divulgada conforme a esta autorización, y que el recipiente de la información puede volver a divulgar la información y ya no sera protegida por la ley de privacidad de HIPAA. Cuando apliquen, las regulaciones federales que gobiernan la confidencialidad de los Récords de Pacientes que Abusan Drogas y Alcohol, 42 C.F.R. Parte 2, prohíbe volver a divulgar tal información sin ser especificado con mi consentimiento por escrito o cuando sea permitido por tales regulaciones.
- **Mi información médica puede indicar que tengo una enfermedad comunicable o no comunicable lo lo cual puede incluir, pero no se limita a enfermedades tales como hepatitis, sífilis, gonorrea, VIH o SIDA y/o puede indicar que estoy o he sido tratado por condiciones psicológicas o psiquiátricas o el abuso de sustancias.**

CADUCIDAD O REVOCACIÓN:

A menos de ser revocado o indicado de alguna otra manera, esta autorización caduca automaticamente un año de la fecha de mi firma o despues de que ocurra el siguiente evento:

Firma del Padre o Representante Legal	Fecha
Descripcion de la Autoridad del Representante Legal	Fecha de Caducidad (de ser mas del año o no se haya especificado evento)
empleado completado por	

Mailed _____ Faxed _____ Hand Delivered _____ Emailed _____

Instrucciones para la Autorización Estándar de Oklahoma para Usar ó Compartir Información Protegida de Salud (PHI)

1. Indique el nombre del paciente y su fecha de nacimiento.
2. OPCIONAL - Indicar Records Médico y/o Seguro Social.
3. Indique el nombre de la persona/organización reveladora de PHI
4. Indique el nombre y domicilio de la persona/organización que será el recipiente de PHI

Información que será Compartida:

1. Elija el cuadro apropiado.
2. Si la información que será compartida no está listada, favor de elegir el cuadro que diga "otro" e indique para qué será compartida en el espacio que se le provee.
 - a. Si información de su cuenta/facturación es requerida indique cual, si requiere todo elija el cuadro.
 - b. Si solicita notas de psicoterapia, ninguna otra información podrá ser compartida. Se requiere una autorización separada para adquirir información adicional.

Propósito para Divulgar Información:

1. Elija el cuadro apropiado.
2. Si el propósito no se encuentra en la lista, elija "otro" e indique el propósito en el espacio que se le provee.

Fecha de Caducidad:

1. A menos de que se indique de otra manera, la fecha de caducidad es de un año desde la fecha en que firma el paciente ó si ocurre algún evento que sea de la elección del paciente.
 - a. Si el paciente elige algún evento, indique el evento en el espacio que se le provee.
 - b. Si el paciente elige que la fecha de caducidad sea mas de un año, indique la fecha en el espacio que se le provee.

Firma:

1. Obtenga la firma del Paciente ó Representante Legal.
2. Si firma el Representante Legal, indique la autoridad de éste Representante Legal.

Fecha:

- La fecha es la fecha en la que se firma la autorización.