

## AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nota: Es posible que se apliquen tarifas a algunas solicitudes.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Kaiser Permanente puede divulgar esta información a la siguiente persona:**  Marcar aquí si coincide con lo anterior

Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Esta divulgación puede hacerse para los siguientes fines:**  Uso personal  Asuntos legales  Cobertura de salud

Tratamiento médico  Verificación de una condición médica  Incapacidad  FMLA  Compensación del trabajador

**Marque SOLO una de las siguientes tres opciones para identificar la información de salud que se divulgará.**

**Opción 1:** Llenado de un formulario (se puede divulgar un formulario sustituto o las historias clínicas relevantes).

**Opción 2:** Registros de los últimos 2 años de consultorios médicos de Kaiser Permanente y de Kaiser Foundation Hospitals.

**Opción 3:** Los registros que se especifiquen. Debe seguir los pasos 1 y 2 que se indican debajo.

Paso 1. Ingrese el intervalo de fechas o las fechas de los registros que se divulgarán: \_\_\_\_\_

Paso 2. Seleccione los tipos de registros que se divulgarán:

Consultorio médico de KP  Kaiser Foundation Hospitals  Vacunas  Resultados de pruebas de laboratorio

Imágenes diagnósticas  Copagos y deducibles  Facturas detalladas  Farmacia

Otro (proveedor, departamento, especialidad): \_\_\_\_\_

**NOTA:** Los registros de hospitales y consultorios médicos que se divulguen como parte de esta autorización pueden contener referencias sobre salud mental, adicciones y condiciones médicas relacionadas con el VIH.

**Marque las casillas a continuación si quiere que esta divulgación incluya la siguiente información. De lo contrario, se excluirá esta información.**

Registros de tratamientos de salud mental  Registros de tratamientos de medicina de la adicción

Resultados de pruebas del VIH

Solamente en los registros de centros de Kaiser Permanente Oregon, no se incluirá la información de pruebas genéticas, a menos que marque esta casilla.

**Formato:**  Electrónico  En papel **Preferencia de envío:**  Correo electrónico  Correo postal  Entrega en persona

**DURACIÓN:** La autorización permanecerá en vigor durante un año a partir de la fecha de la firma a continuación. Sin embargo, en Washington D. C. el permiso para divulgar registros de tratamientos de medicina de la adicción se vence después de seis (6) meses.

**REVOCACIÓN:** Usted o su representante personal pueden cancelar esta autorización para futuras divulgaciones. Para ello, deben presentar una solicitud por escrito a la Unidad de Divulgación de Información de su región de servicio que se menciona al reverso de este formulario. La cancelación no afectará la información que se haya divulgado antes de recibir la solicitud por escrito.

**DIVULGACIÓN POSTERIOR:** Una vez que se divulgue esta información, es posible que ya no esté protegida según la ley federal de privacidad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud). Es posible que las leyes estatales u otras leyes federales exijan que el destinatario obtenga su autorización antes de una divulgación posterior.

Kaiser Permanente no puede requerir la firma de esta autorización como condición para brindar tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios. Esta divulgación se hace por solicitud suya. Para los pacientes de Virginia, en la historia clínica se incluirá una copia de esta autorización y una nota que indique a quién se divulgó su información. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que la original. Usted tiene derecho a recibir una copia de la autorización completada.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si es representante personal, escriba en letra de imprenta su nombre y relación \_\_\_\_\_

“Kaiser Permanente” se refiere a su compañía de seguros (un plan de salud de Kaiser Permanente) y a sus médicos (un grupo médico o dental de Permanente). También incluye distintos grupos, según dónde viva.

Para obtener la información de contacto de todas las regiones de Kaiser Permanente, ingrese a [kp.org/questrecords](https://kp.org/questrecords) (haga clic en “Español”).

**Todos los estados donde brindamos servicios:**

- Kaiser Foundation Hospitals

**California:**

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región norte de California
- The Permanente Medical Group
- Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región sur de California
- Southern California Permanente Medical Group

**Colorado:**

- Kaiser Foundation Health Plan of Colorado
- Colorado Permanente Medical Group, P.C.

**Georgia:**

- Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc.
- The Southeast Permanente Medical Group, Inc.

**Hawái:**

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región de Hawái
- Hawaii Permanente Medical Group, Inc.

**Estados del Atlántico Medio:**

- Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
- Mid-Atlantic Permanente Medical Group, P.C.

**Oregón y Sur de Washington:**

- Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest
- Northwest Permanente, P.C.
- Permanente Dental Associates, P.C.

**Washington:**

- Kaiser Foundation Health Plan of Washington
- Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc.
- Washington Permanente Medical Group, P.C.