



Departamento de Servicios Humanos de Tennessee
Autorización HIPAA para divulgación de información médica o de salud a terceros

Se divulgará información de: NOMBRE EN LETRA DE MOLDE		Fecha:	Identificación de la persona que firma: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Padre o madre del menor <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro representante autorizado (explicar) * Puede exigirse comprobante de autorización legal.	
Domicilio		(Firma aquí de la madre, el padre, o tutor si las leyes estatales exigen dos firmas)		
Número de teléfono (con el código de área)	Ciudad	Estado	Código postal	

Concedo mi permiso al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee (TDHS) y a sus representantes o contratistas autorizados para divulgar las siguientes historias clínicas o registros médicos que contengan información sobre mi salud a las personas u organizaciones y para los fines que se describen a continuación:

- El TDHS puede divulgar cualquiera y todas las historias clínicas o registros médicos: _____ Si la respuesta es "Sí" indique sus iniciales
- El TDHS puede divulgar cualquiera y todos los registros de salud mental: _____ Si la respuesta es "Sí" indique sus iniciales
- El TDHS puede divulgar los registros de remisión o tratamiento por alcohol o drogas: _____ Si la respuesta es "Sí" indique sus iniciales
- El TDHS puede divulgar los registros de pruebas o tratamiento por VIH o SIDA: _____ Si la respuesta es "Sí" indique sus iniciales
- También puede proporcionar una descripción específica de la información médica o de salud que se divulgará. *Es necesario obtener autorización adicional para algunos registros.

Mis historias clínicas y expedientes de salud se usarán para los siguientes fines:

USTED NO ESTÁ OBLIGADO A AUTORIZAR LA DIVULGACIÓN DE SUS REGISTROS.

Si no concede autorización para que se nos divulguen sus registros, o si revoca su autorización, quizás el TDHS no pueda tomar una decisión respecto a su caso a tiempo o tenga que denegar sus beneficios.

- Para las historias clínicas y expedientes de salud que se ha autorizado a ser divulgados, el TDHS puede hablar con o entregar copias de mis historias clínicas y expedientes de salud a cualquiera de las personas u organizaciones que yo haya autorizado.
- El TDHS puede hacer copias de este formulario y también puede usar una copia electrónica, en computadora, o por fax.
- A usted se le entregará una copia de este formulario una vez firmado. Puede solicitar al TDHS que le permita ver una copia de la información que se divulgue una vez que usted firme este formulario.
- **Este permiso tiene validez durante doce (12) meses a partir de la fecha en que lo firme, a menos que usted revoque su permiso antes.**
- **Usted tiene derecho a revocar su permiso en cualquier momento. Usted no puede recuperar la información que se haya usado para tomar medidas en su caso o que se nos haya divulgado antes de usted revocar su permiso.**
- **Para revocar su permiso, puede enviar una carta al TDHS de su condado, o enviar una carta a sus médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica o empresas de seguros o planes de salud para revocar su permiso en cualquier momento.**
- Toda la información proporcionada al TDHS está protegida por la Ley de Privacidad de 1974 y las leyes o reglamentaciones federales o estatales. Dicha información no será divulgada a otras personas u organizaciones, a menos que la ley o las reglamentaciones permitan o exijan que divulguemos esa información, o usted nos permita divulgar esa información. Si se nos exige o permite que divulguemos la información, puede que dicha información no esté protegida si las leyes no exigen que la persona u organización que recibe la información la proteja.
- **También podríamos usar su información cuando comparemos los registros en computadora.** Las computadoras cotejan la información que poseemos con la de otras agencias del gobierno federal, estatal o local. Muchas organizaciones utilizan el cotejo de la información para determinar si la persona recibe beneficios subvencionados por el gobierno federal o estatal. Los cotejos también ayudan a determinar si la persona es elegible para recibir ayuda. Las leyes nos permiten hacer esto incluso aunque usted no esté de acuerdo con ello.
- **Puede pedir al TDHS que le explique cualquier pregunta que tenga respecto a la manera y los motivos por los que se usa su información.**

Firma de la persona o del representante autorizado de la persona: _____ Fecha: _____

*Testigo: _____ Fecha: _____

**(Debe firmarse si la persona o el representante autorizado firman con una "X").*

Esta autorización ha sido redactada para cumplir con las disposiciones respecto a la divulgación de información médica o de salud conforme a P. L. 104-191 ("HIPAA"); las partes 160 y 164 del Título 45 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations o CFR); el Artículo 290dd-2 del Título 42 del Código de los EE. UU. (U.S. Code); la parte 2.31 del Título 42 del CFR; el Artículo 7332 del Título 38 del Código de los EE. UU. y el Artículo 68-10 del Código Anotado de Tennessee (Tennessee Code Annotated o T.C.A.).