



AUTORIZACIÓN DE HIPAA PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Complete todas las secciones de este formulario de autorización de HIPAA. Si alguna sección se deja en blanco, este formulario no será válido y no será posible que su información de salud se comparta según lo solicitado.

_____, doy mi permiso para que **Healthcare Solutions Centers, LLC y su personal** compartan la información que figura en la Sección 1 de esta autorización con la organización especificada en la Sección 2 de esta autorización.

Sección 1. Información de salud que se divulgará.

Divulgación de mi nombre y apellido y el hecho de que un proveedor de atención médica me haya aconsejado que tome tiempo libre del trabajo debido a la posibilidad de estar expuesto o infectado con COVID-19.

Sección 2. Quién puede recibir mi información de salud.

Doy autorización para que la información de salud detallada en la Sección 1 de esta autorización se comparta con la siguiente organización:

Organización / Nombre del empleador: _____.

Entiendo que es posible que el destinatario vuelva a divulgar la información utilizada o divulgada con mi permiso y que ya no esté protegida por la ley estatal o las Reglas de Privacidad de HIPAA.

Sección 3. Duración de la autorización, el propósito y otros términos.

El propósito de esta autorización es informar a mi empleador de mi posible exposición o infección al COVID-19. Esta autorización será efectiva por seis (6) meses a partir de la fecha de la firma a continuación, a menos que se revoque esta autorización, como se describe a continuación. Entiendo que se me permite revocar esta autorización en cualquier momento y puedo hacerlo enviando una solicitud a Healthcare Solutions Centers, LLC. Además, entiendo que en el caso de que la información descrita en la Sección 1 ya se haya compartido para el momento en que se revoque mi autorización, Healthcare Solutions Centers, LLC no puede retirar dicha divulgación. Entiendo que no necesito dar ningún permiso adicional para que la información detallada en la Sección 1 se comparta con la organización en la Sección 2. Entiendo que la falta de firma / presentación de esta autorización, o el retiro de esta autorización, no evitar que reciba cualquier tratamiento o beneficio que tenga derecho a recibir, siempre que esta información no sea necesaria para determinar si soy elegible para recibir esos tratamientos o beneficios.

Sección 4. Firma

Nombre impreso de la persona que otorga esta autorización

Fecha de nacimiento

Firma de la persona que otorga esta autorización

Fecha

Si esta autorización está siendo completada por una persona con autoridad legal para actuar en nombre de un individuo, como un padre o tutor legal de un menor o un agente de atención médica, complete la siguiente información:

Relación con el paciente y el nombre impreso de la persona que completa este formulario:

Firma de la persona que completa este formulario: