

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Record Medico #: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo \_\_\_\_\_  
Nombre de Persona/Organización Divulgando PHI

A liberar la siguiente información a \_\_\_\_\_  
Nombre y Dirección de la Persona/Organización Recibiendo PHI

**Información a ser compartida:**

- Notas de Psicoterapia (Si marca esta caja, ninguna otra caja puede ser marcada)       Registro Medico Entero
- Datos de Facturación de \_\_\_\_\_       Registro de Salud Mental
- Registro de Abuso de Sustancias       Información Médica recopilada entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

**La información puede divulgarse para el siguiente propósito(s) solamente:**

- Seguro       Tratamiento Continuo       Legal       A solicitud mia o de mi representante
- Otro: \_\_\_\_\_

**Entiendo que firmando voluntariamente esta autorización:**

- Yo autorizo el usa o la divulgación de mi PHI como se describió anteriormente para los propósitos mencionados.
- Tengo el derecho de retirar el permiso para la liberación de mi información. Si firma esta autorización para usar o divulgar información, puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito a la persona/organización divulgando la información y no afectará información que ya se haya utilizado o divulgado.
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que a menos que el propósito de esta autorización sea para determinar el pago de una reclamación de beneficios, firmando esta autorización no afectara mi elegibilidad de beneficios, tratamiento, inscripción o pago de reclamos.
- Mi información médica puede indicar que tengo una enfermedad transmisible y/o no transmisible que puede incluir, pero no ser limitada a enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea o VIH o SIDA y/o puede indicar que tengo o me he tratado para condiciones psicológicas o psiquiátricas o abuso de sustancias.
- Yo entiendo que puedo cambiar esta autorización en cualquier momento escribiendo a la persona/organización divulgando mi PHI.
- Yo entiendo que no puedo restringir información que puede ya haber sido compartida basada en esta autorización.
- Información usada o divulgada según la autorización puede ser sujeta a ser re-divulgada par el recipiente y ya no ser protegida par la Regulación de Privacidad.

A menos que se revoque o se indique lo contrario, la fecha de caducidad automática de esta autorización será un año de la fecha de mi firma o después del acontecimiento del siguiente evento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de la Autoridad del Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de Caducidad (de ser más largo que un año desde la fecha de la firma o ningún caso es indicado)

**Instrucciones para Autorización Estándar de Oklahoma de usar o compartir Información de Salud Protegida (PHI)**

Oklahoma State Department of Health  
Community and Family Health Services/ Administration

HIPAA Document - retain for a minimum of 6 years

ODH 206  
August 2014



**AUTORIZACIÓN ESTÁNDAR DE OKLAHOMA DE USAR O COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)**



RI0011

10-42980 (03/21)

Page 1 of 2

PATIENT IDENTIFICATION

1. Indique el nombre del paciente y fecha de nacimiento.
2. OPCIONAL: Indique # de Registro Medico y/o # de Segura Social.
3. Indique el nombre de la persona/organización divulgando PHI.
4. Indique el nombre y dirección de la persona/organización recibiendo PHI.

**Información para ser compartida:**

1. Marque la caja apropiada.
2. Si la información que va a ser compartida no se encuentra en la lista, marque la "otra" caja e indique que información se debe compartir en el espacio proporcionado.
  - a. Si la información de facturación es compartida, indique que información de facturación se solicita. Si se solicita toda la información de facturación, simplemente marque la caja.
  - b. Si se solicitan notas de psicoterapia, ninguna otra información se puede compartir. Una autorización separada se debe completar para información adicional.

**Propósito para la divulgación de información:**

1. Marque la caja apropiada.
2. Si el propósito no está en la lista, marque la "otra" caja e indique el propósito en espacio proporcionado.

**Fecha de Caducidad:**

1. A menos que se indique lo contrario en la parte inferior del formulario, la fecha de caducidad es a un año de la firma del paciente o sobre la ocurrencia de un evento elegido por el individuo.
  - a. Si el paciente elige un evento, marque el evento en el espacio proporcionado.
  - b. Si el paciente elige que la fecha de caducidad sea más larga de un año, indique en el espacio proporcionado en la parte inferior del formulario.

**Firma:**

1. Obtenga la firma del paciente o Representante Legal.
2. Si el Representante Legal firma el formulario, indique la descripción de la Autoridad del Representante Legal.

**Fecha:**

1. La fecha es la fecha en la que el formulario es firmado.



**AUTORIZACIÓN ESTÁNDAR DE  
OKLAHOMA DE USAR O  
COMPARTIR INFORMACIÓN DE  
SALUD PROTEGIDA (PHI)**



RI0011

10-42980 (03/21)

Page 2 of 2

PATIENT IDENTIFICATION