



**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE TENNESSEE
AUTORIZACIÓN HIPAA PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD**

Se divulgará información de: NOMBRE EN LETRA DE MOLDE ►		Fecha:		Identificación de la persona que firma: <input type="checkbox"/> Misma <input type="checkbox"/> Padre o madre del menor <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro representante autorizado (explicar) *Podría requerirse comprobante de autorización legal.	
Domicilio		(Firma del padre o tutor, si la ley estatal requiere dos firmas)			
Teléfono (con código de área) ()		Ciudad		Estado	Código postal
Número de Seguro Social (no obligatorio); algunos proveedores de atención médica pueden usarlo para identificación					Fecha de nacimiento

• **Concedo mi permiso para divulgar los siguientes historiales clínicos al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee (TDHS) y a sus agentes y contratistas autorizados. Estos expedientes se usarán para ayudar a decidir el derecho a recibir servicios o beneficios.**

- El TDHS puede obtener cualquiera de los expedientes médicos o de salud: Sí: _____ No: _____ Iniciales: _____
- El TDHS puede obtener cualquiera de los expedientes de salud mental: Sí: _____ No: _____ Iniciales: _____
- El TDHS puede obtener expedientes de referencia y tratamiento por alcoholismo o drogadicción: Sí: _____ No: _____ Iniciales: _____
- El TDHS puede obtener expedientes de pruebas y tratamiento de VIH y SIDA: Sí: _____ No: _____ Iniciales: _____
- Descripción específica de alguna otra información médica o de salud que pueda proporcionarse: _____

• **La ley exige que se identifique específicamente a las personas, o clases de personas, a quienes se puede solicitar información. Seleccione una de las siguientes.**

_____ (iniciales) Elijo determinar personas u organizaciones específicas a quienes se puede solicitar información. El TDHS puede obtener mi información médica o de salud únicamente de las siguientes personas u organizaciones específicas:

_____ (iniciales) En vez de determinar personas u organizaciones específicas a quienes se puede solicitar información, elijo permitir al TDHS que solicite información a las siguientes clases de personas u organizaciones: médicos, hospitales, clínicas, casas de convalecencia, residencias de ancianos y demás proveedores de atención médica privados o de gobierno, compañías de seguros y planes de salud públicos y privados.

USTED NO ESTÁ OBLIGADO A FIRMAR ESTE FORMULARIO. Sin embargo, si no lo firma, o si revoca su permiso, tal vez el TDHS no pueda tomar a tiempo una decisión sobre el caso o tenga que denegar los beneficios.

- El TDHS puede fotocopiar de este formulario, así como reproducirlo mediante computadora, medios electrónicos o fax.
- Usted recibirá una copia de este formulario después de firmarlo. También puede pedir a los médicos u hospitales que le permitan ver la información enviada al TDHS después de que usted lo firme.
- **Este permiso tiene validez por 12 meses a partir de la fecha en que usted lo firme, a menos que lo revoque antes.**
- **Usted tiene el derecho de revocar su permiso en cualquier momento. Usted no podrá recuperar la información que haya sido usada para realizar alguna acción en su caso, ni la que se nos haya proporcionado antes de que usted revocara su permiso.**
- **Para revocar su permiso en cualquier momento, puede escribir al TDHS de su condado o escribir a los médicos, hospitales y demás proveedores de atención médica, o a la compañía de seguros o plan de salud.**
- Toda la información que se proporcione al TDHS está protegida por la Ley de la Privacidad (*Privacy Act*) de 1974, y por las leyes y reglamentos federales y estatales. Dicha información no se divulgará a otras personas u organizaciones, a menos que las leyes o reglamentos nos permitan o exijan que la divulguemos, o que usted nos dé permiso para divulgarla. Si se nos exige o permite divulgar información, dicha información podría no estar protegida, si la ley no exige que sea protegida por la persona u organización que la recibe.
- **Asimismo, podemos usar su información al comparar expedientes por computadora.** La computadora compara nuestra información con la de otras instituciones del gobierno federal, estatal o local. Muchas instituciones se valen de la comparación de información para investigar si una persona recibe pagos de beneficios del gobierno federal o estatal. La comparación también comprueba si la persona tiene derecho a recibir ayuda. La ley nos permite hacerlo, aún si usted no está de acuerdo.
- Pida al TDHS que le aclare las dudas que tenga sobre cómo y por qué se usa su información.

Firma de la persona o su representante autorizado: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

Se redactó esta autorización para cumplir con las disposiciones para la divulgación de información médica y de salud, según P. L. 104-191 ("HIPAA"); las partes 160 y 164 del título 45 del Código de Reglamentos Federales (*Code of Federal Regulations*); la sección 290dd-2 del título 42 del Código de los EE.UU. (*U.S. Code*); la parte 2.31 del título 42 del CFR; la sección 7332 del título 38 del Código de los EE.UU., y la parte § 68-10-113 del Código Anotado de Tennessee (T.C.A.).