



AUTORIZACIÓN HIPAA OTORGADA AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE TENNESSEE 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"/> Misma <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 padre, madre o tutor si las leyes estatales exigen dos firmas)	
Número de teléfono (con 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 y expedientes que contengan información sobre mi salud a las personas u organizaciones y para los fines que se describen a continuación:

- Descripción específica de la información médica o de salud que se divulgará (*Se exige una aprobación adicional para algunos expedientes.)

- *El TDHS también puede divulgar expedientes de remisión o tratamiento por alcohol o drogas: Sí: _____ No: _____
- *El TDHS también puede divulgar expedientes de prueba o tratamiento por VIH o SIDA: Sí: _____ No: _____
- El TDHS puede divulgar mi información médica o de salud a las siguientes personas u organizaciones:

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

El TDHS puede proporcionar copias de mis historias clínicas y expedientes de salud, o hablar con cualquier persona u organización a la cual yo haya concedido permiso, y puede divulgar esta información en copias electrónicas, en papel, computadora o fax de las historias clínicas y expedientes de salud que cuenten con mi permiso de divulgación.

USTED NO ESTÁ OBLIGADO A FIRMAR ESTE FORMULARIO. Entiendo que mi elegibilidad para recibir beneficios o servicios del Departamento de Servicios Humanos de Tennessee no se verá afectada si no firmo este formulario.

- Recibiré una copia de este formulario después de firmarlo. Después de firmar este formulario, puedo pedir al TDHS que me permita ver una copia de la información que divulgue.
- **Este permiso tiene validez por 12 meses a partir de la fecha en que yo lo firme; a menos que revoque mi permiso antes de esa fecha.**
- **Usted tiene el derecho de revocar su permiso en cualquier momento.** Usted no podrá recuperar la información que se haya divulgado a otras personas u organizaciones antes de revocar su permiso; la revocación del permiso no afectará ninguna acción realizada antes de dicha revocación.
- **A fin de revocar su permiso para que podamos divulgar sus historias clínicas y expedientes de salud a otras personas u organizaciones, puede escribir al TDHS de su condado, o escribir a las personas u organizaciones a las cuales usted nos dio permiso para divulgar información suya.** Entiendo que la ley tal vez no exija a la persona u organización, a la cual concedí permiso para obtener mi información médica o de salud, proteger dicha información según las leyes o reglamentos federales o estatales.
- Pida al TDHS que le explique si usted tiene preguntas sobre la información que se divulgó a alguna persona u organización.

Firma de la persona o el representante autorizado de la persona: _____ **Fecha:** _____

Se redactó esta autorización para cumplir con las disposiciones para la divulgación de información médica o 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 T.C.A § 68-10-113.