

## Autorización para Usar o Divulgar Información Protegida de Salud

Según la ley federal, ningún plan de salud, hospital ni médico puede utilizar o divulgar sin autorización cierta información protegida de salud (protected health information, PHI) para usos que no se relacionen con tratamiento, pago u operaciones de salud. Este Formulario de Autorización debe completarlo y firmarlo un miembro del Plan de Beneficios, su cónyuge, tutor legal u otro representante legal para autorizar la divulgación de información protegida de salud al Board of Pensions.

Observe que solamente debe presentar este formulario si se necesita información médica para un Plan de Beneficios o programa del Board of Pensions aparte del Plan Médico del Plan de Beneficios. Deben completarse todas las secciones.

### 1. ¿De quién es la PHI? (Escriba claramente la información más abajo y marque la casilla que corresponda.)

Nombre Núm. de Seg. Soc.

Nombre del Tutor Legal/Representante (si corresponde)

Dirección

Ciudad Estado Código Postal Teléfono (    )

Miembro del Plan de Beneficios     Cónyuge     Hijo(a) dependiente

### 2. Nombre del plan de salud, médico, consultorio, hospital o proveedor/organización de salud que mantiene el registro médico de la persona a divulgar al Board of Pensions (Marque la casilla correspondiente y luego complete la información más abajo.)

Plan de salud     Médico     Hospital     Otro proveedor/organización de salud

Nombre

Dirección

Ciudad Estado Código Postal Teléfono (    )

### 3. Destinatario de la información médica

Autorizo a la persona o entidad identificada en la Sección 2 a divulgar la información protegida de salud al Board of Pensions como se especifica a continuación:

Cualquier departamento     Fallecimiento e Incapacidad     Programas de Asistencia

Otro \_\_\_\_\_

### 4. Información médica a usar o divulgar

A.  el registro médico completo por servicios prestados en la fecha siguiente o después: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

B.  solamente la información médica siguiente: (Describa específicamente la información a usar o divulgar, incluyendo entre otros detalles, descripciones como fecha de servicio, tipo de servicio prestado, nivel de detalle a divulgar, origen de la información, etc.)

**Nota importante:** A menos que la autorización esté expresamente limitada, esta autorización concede al plan, médico, hospital u otro proveedor/organización de salud el derecho de usar o divulgar toda información médica personal para los fines descritos, incluida la información médica acerca de diagnósticos o tratamientos de salud mental, abuso de sustancias, enfermedades transmitidas sexualmente (como el VIH), cáncer y/o condiciones genéticas.

### 5. Propósito de la autorización

para permitir que el Board of Pensions reciba y use información médica del plan de salud o del proveedor de salud identificado en la Sección 2 más arriba.

otro \_\_\_\_\_

## 6. Duración de la autorización

Esta autorización vencerá en la fecha siguiente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ o cuando suceda la situación siguiente:

---

## 7. Derecho a revocar la autorización

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando dicha notificación por escrito a la parte indicada en la Sección 2.

## 8. Reconocimiento de los derechos de privacidad

Entiendo que:

- Una revocación no entra en vigencia en la medida que las partes nombradas en esta autorización han dependido del uso o la divulgación de la información protegida de salud antes de recibir la revocación;
- La información usada o divulgada según esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede no estar ya protegida por la ley federal o estatal; y
- Mi(s) proveedor(es) de salud y plan(es) de salud no puede(n) condicionar mi tratamiento, pago, inscripción en un plan médico o elegibilidad para recibir beneficios (si corresponde), en que yo autorice el uso o la divulgación que se solicita.

Entiendo que tengo derecho a:

- Negarme a firmar esta autorización.
- Inspeccionar o copiar la información protegida de salud a utilizar o divulgar según lo permita la ley federal (o la ley estatal en la medida que la ley estatal aporte mayores derechos de acceso).

**Autorizo el uso de una copia por fax o una fotocopia de este formulario.**

Nombre

*(Escriba claramente el nombre del miembro del Plan de Beneficios, su cónyuge o representante legal.)*

Si es tutor legal u otro representante legal, describa el tipo de autoridad marcando la casilla correspondiente más abajo.

- Padre natural/adoptivo
- Orden Judicial de Tutoría *(Adjunte una copia a menos que cuente con aprobación previa del Board of Pensions.)*
- Poder Legal *(Adjunte una copia a menos que cuente con aprobación previa del Board of Pensions.)*
- Otro \_\_\_\_\_

Firma

Fecha

*(Firma del miembro del Plan de Beneficios, su cónyuge o representante legal)*

## Información de contacto

- Si su representante del Board of Pensions le indicó enviar este formulario directamente al Board, use la dirección a continuación.
- Si su representante del Board of Pensions le indicó enviar este formulario a su proveedor de salud, hágalo y pídale que nos lo envíe, junto con su información médica.
- Si no le queda claro dónde enviar este formulario, llame al Board of Pensions al número a continuación.

The Board of Pensions of the Presbyterian Church (U.S.A.)  
2000 Market Street,  
Philadelphia, PA 19103-3298

800-773-7752 ó 800-PRESPLAN