



DEPARTAMENTO DE SALUD
PROGRAMA MEDICAID
AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
(PHI – Protected Health Information)

Yo, _____

Número de Seguro Social (colocar los últimos 4 dígitos): _____

Dirección: _____

Autorizo al Programa Medicaid del Departamento de Salud a efectuar las siguientes funciones con mi información de salud protegida (PHI).

Utilizar mi información PHI (incluyendo fechas): _____

Divulgar mi información PHI a las siguientes personas o entidades: _____

Solicitar y Recibir información mía de PHI de las siguientes fuentes: _____

La información PHI a utilizar, divulgar y/o solicitar es la siguiente: _____

El propósito del uso o divulgación del PHI es el siguiente: _____

Esta autorización es válida para el periodo desde: _____ hasta: _____

Nota: Usted puede cancelar esta autorización por escrito. No obstante, usted no podrá pedir que su cancelación aplique retroactivamente a información divulgada durante la vigencia de la autorización. Además, es importante que usted este consciente de que la información divulgada como resultado de su autorización pudiera a ser divulgada a otros por el que la reciba y dicha divulgación no necesariamente estará protegida por las disposiciones federales sobre privacidad. **Al firmar a continuación, usted certifica que ha sido orientado (a) por el Programa Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico sobre sus prácticas de privacidad y que ha leído las disposiciones de esta autorización, que las entiende y que está de acuerdo con los términos y condiciones de la misma.**

| | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| _____ NOMBRE DEL BENEFICIARIO | _____ FIRMA DEL BENEFICIARIO |
| _____ # DE MPI | _____ FECHA |

PARA REPRESENTANTES AUTORIZADOS DEL BENEFICIARIO SOLAMENTE

Si usted está firmando como Representante Autorizado del Beneficiario, lea y firma el párrafo que sigue. Incluya con esta autorización los documentos que lo certifiquen como "Representante Autorizado".

Yo, _____ certifico y aseguro que soy el representante debidamente autorizado de _____ y tengo la autoridad para firmar esta autorización en su representación. He leído las disposiciones de esta autorización y estoy de acuerdo en que el Programa Medicaid, del Departamento de Salud use o divulgue la información de salud protegida de mi representante para los propósitos antes establecidos.

| | |
|--|---|
| _____ NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO | _____ FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO |
| _____ RELACION CON EL PACIENTE | _____ FECHA |