

## Formulario de consentimiento y ratificación

Yo, el que suscribe, otorgo mi consentimiento para que mis datos de salud protegidos sean utilizados o divulgados por [ENTIDAD AMPARADA] (“[EA]”) a toda persona u organización a los fines de llevar a cabo tratamientos, tramitar pagos o realizar ciertos procedimientos en materia de atención a la salud. Los datos de salud protegidos que emplee o divulgue [EA] podrán abarcar información relativa al VIH/SIDA, información psiquiátrica y de otro tipo de salud mental, así como aquella sobre tratamientos de drogas y alcohol, siempre que dicha información se utilice o divulgue en conformidad con las leyes federales y del estado de Connecticut, las cuales podrán exigir que usted otorgue su autorización específica. Entiendo que la información sobre cómo [EA] utilizará y divulgará mis datos se encuentra en el Aviso de procedimientos de privacidad de [EA]. Entiendo que el presente consentimiento tendrá vigencia durante todo el tiempo en que [EA] mantenga mis datos de salud protegidos.

Al firmar al pie, entiendo y ratifico lo siguiente:

- He leído y entendido el presente consentimiento; y
- He recibido el Aviso de procedimientos de privacidad de [EA] que actualmente se encuentra en vigencia.

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona o representante personal en letras de molde

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si este consentimiento está firmado por el representante de la persona, describa la autorización legal del representante de actuar en nombre de la persona: \_\_\_\_\_

No fue posible obtener el consentimiento por escrito y ratificación porque:

- La persona rehusó
- Situación de tratamiento de emergencia
- La persona no pudo firmar por incapacidad u por otro motivo médico
- Otro: \_\_\_\_\_

**ESTE AVISO EXPLICA CÓMO PUEDEN UTILIZARSE Y DIVULGARSE LOS DATOS MÉDICOS DE SU PERSONA Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ELLOS. SÍRVASE LEER DETENIDAMENTE.**

# **Importante**

## **Aviso de procedimientos de privacidad**

**[ENTIDAD AMPARADA]**

**Es importante leer y entender este Aviso de procedimientos de privacidad antes de firmar el Formulario de consentimiento y ratificación.**

**Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o si desea más información sobre sus derechos de privacidad, sírvase comunicarse con [EA].**

**[ENTIDAD AMPARADA]**

**[Nombre del funcionario encargado de asuntos de privacidad]**

**Domicilio de [EA]**

**Teléfono de [EA]**

# Aviso de procedimientos de privacidad

Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003

## Objetivo del Aviso de procedimientos de privacidad

Este Aviso de procedimientos de privacidad (el "Aviso") tiene por fin informarle acerca de los usos y divulgaciones de nuestra parte de los datos de salud protegidos.

Asimismo, describe su derecho de tener acceso y controlar sus datos de salud protegidos y ciertas obligaciones que tenemos respecto del uso y divulgación de dichos datos.

Por "datos de salud protegidos" se entiende la información sobre su persona compilada y recibida por nosotros, incluidos los datos demográficos, que lo identifican a usted razonablemente y que se refieren a su estado de salud mental o físico pasado, presente o futuro o bien al pago de la atención médica recibida.

La ley nos exige mantener la privacidad de sus datos de salud protegidos. Además estamos obligados por ley a suministrarle este Aviso sobre nuestros deberes jurídicos y procedimientos de privacidad con respecto a sus datos de salud protegidos y a cumplir con los términos del Aviso vigente. No obstante, tenemos derecho a cambiar el aviso en cualquier momento. El Aviso actualizado se aplicará a todos los datos de salud protegidos sobre su persona que nosotros mantengamos. No se le enviará automáticamente el Aviso actualizado. Si desea recibir una copia del Aviso actualizado, sírvase comunicarse con [ENTIDAD AMPARADA] ("[EA]") o pídale cuando acuda a su próxima cita.

## Casos de uso o divulgación de sus datos de salud protegidos

[EA] le pedirá que firme un formulario de consentimiento por el cual se permite a [EA] utilizar y divulgar sus datos de salud protegidos a los fines de tratamientos, pagos y procedimientos en materia de atención a la salud. Asimismo se le pedirá que acuse recibo de este Aviso.

Las siguientes categorías describen algunas de las formas en que podemos utilizar o divulgar sus datos de salud protegidos. [EA] podrá utilizar y divulgar sus datos de salud protegidos según lo permita o exija la ley o bien según lo autorice usted aunque no se establezca específicamente a continuación. Haremos todo lo posible por limitar el acceso a sus datos de salud protegidos a aquellas personas o clases de personas, según corresponda, de nuestro personal que necesiten tener acceso a esos datos para realizar sus tareas laborales. Asimismo, si así se solicitara, haremos todo lo posible por limitar los datos de salud protegidos al mínimo necesario para lograr el fin propuesto de utilizarlos o divulgarlos y en la medida en que dicho uso o divulgación se encuentre limitado por ley.

- **Tratamientos** – Tenemos derecho a utilizar y divulgar sus datos de salud protegidos para brindarle tratamiento médico y servicios afines. Por ejemplo, si lo referimos a otros profesionales para tratamiento, podremos divulgarle los datos de salud

protegidos a estos. También tenemos derecho a utilizar o divulgar sus datos de salud protegidos en caso de emergencia.

- **Pagos** – Tenemos derecho a utilizar y divulgar sus datos de salud protegidos para poder facturar y recibir el pago correspondiente al tratamiento y servicios afines que se le presten a usted. A los fines de facturación y pago, tenemos derecho a divulgar sus datos de salud a las partes encargadas de pagar los servicios de salud, como compañías de seguro o de atención médica administrada, Medicare, Medicaid u otro tercer pagador. Por ejemplo, es posible que tengamos que darle a su plan de salud los datos sobre el tratamiento que usted recibió para que éste pague o nos reembolse los honorarios del tratamiento o que nos comuniquemos con su plan de salud para confirmar su cobertura o para solicitar autorización previa para el tratamiento propuesto.
- **Procedimientos en materia de atención a la salud** – Tenemos derecho a utilizar y divulgar sus datos de salud protegidos según sea necesario para los procedimientos de [EA], como por ejemplo control de calidad y mejoras, revisión de la idoneidad y calificaciones de los profesionales médicos, revisión médica, servicios jurídicos y funciones de auditoría y actividades administrativas generales de [EA].
- **Socios comerciales** – Es posible que nuestros socios comerciales se encarguen de prestar ciertos servicios, como los de facturación, transcripciones o consultoría jurídica y contable. Tenemos derecho a divulgar los datos de salud protegidos a nuestros socios comerciales para que puedan realizar la labor que le hemos encomendado. A fin de proteger sus datos, le exigimos a nuestros socios comerciales celebrar un contrato escrito por el cual se les obliga a proteger adecuadamente sus datos.
- **Recordatorios de citas** – Tenemos derecho a utilizar y divulgar los datos de salud protegidos para comunicarnos con usted a fin de recordarle que tiene una cita con [EA].
- **Tratamientos alternativos y otros beneficios y servicios de salud** – Tenemos derecho a utilizar y divulgar los datos de salud protegidos para comunicarle o recomendarle a usted opciones o alternativas de tratamiento y para informarle sobre beneficios, servicios o clases de educación médica afines a su salud que puedan resultarle de interés.
- **Campañas de recaudación de fondos** – Tenemos derecho a utilizar los datos sobre su persona para comunicarnos con usted a fin de recaudar fondos para [EA] y sus operaciones. La información que divulguemos se limitará a sus datos personales, como su nombre, domicilio, número telefónico y fechas en que recibió tratamiento o servicios en [EA]. Junto con la información sobre recaudación de fondos proveniente de [EA], se incluirá una descripción de la opción de no participar y evitar que le envíen comunicaciones posteriores sobre recaudación de fondos. Si usted solicita que sus datos no se utilicen ni divulguen a los fines de recaudación de fondos, haremos todo lo posible para que no se le envíen comunicaciones futuras sobre ese tema.
- **Directorio de establecimientos médicos** – Con excepción de las personas internadas en un hospital por discapacidad psiquiátrica o en un programa de abuso de sustancias, si contamos con un directorio de establecimientos médicos, tenemos el derecho de incluir información limitada sobre usted mientras sea paciente del establecimiento, a menos que usted se oponga, la cual incluye su nombre, sector del

establecimiento, condición general (por ejemplo, buena, estable, etc.) y religión. La información del directorio, salvo por la fe religiosa, podrá darse a conocer a la gente que pregunte por usted por su nombre. También es posible que sus datos y fe religiosa se entreguen a un integrante del clero aunque éste no pregunte específicamente por su nombre.

- **Personas que participan en su atención médica o en el pago de ésta** – A menos que usted se oponga, tenemos el derecho de divulgar sus datos de salud protegidos a un familiar, pariente, amigo íntimo u otra persona que usted designe si dichos datos se refieren a la participación de esa persona en su atención médica a fin de notificarle sobre el sector del establecimiento en el que usted se encuentre, su condición general o pago de la atención médica. Además, tenemos derecho de divulgar sus datos de salud protegidos a una entidad pública o privada autorizada por ley a proporcionar fondos en caso de catástrofe. Si usted no puede otorgar su consentimiento u objeción a dicha divulgación, lo haremos si consideramos que es en beneficio de sus intereses a nuestro criterio profesional o si podemos inferir razonablemente que usted no se opondría.
- **Actividades de salud pública** – Tenemos derecho a divulgar sus datos de salud protegidos a una autoridad de salud pública autorizada por ley a recabar o recibir dichos datos con fines, por ejemplo, de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades, registrar nacimientos, fallecimientos u otros datos demográficos, denunciar el maltrato o abandono de menores, notificar el retiro de productos pertinentes del mercado, notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o afección médica.
- **Actividades de supervisión sanitaria** – Tenemos derecho a divulgar sus datos de salud protegidos a una agencia de supervisión sanitaria en cuanto a actividades autorizadas por ley, como auditorias, investigaciones, inspecciones, acreditación, licencias y medidas disciplinarias.
- **Procedimientos judiciales y administrativos** – Si usted es parte en un juicio o una disputa, tenemos derecho a divulgar sus datos de salud protegidos cuando usted así lo autorice o para cumplir con una orden judicial o administrativa. Tenemos derecho a divulgarlos para cumplir con una citación, solicitud de producción de elementos probatorios u otro proceso judicial en caso de que dicha divulgación sea permitida por ley.
- **Fuerzas del orden** – Tenemos derecho a divulgar sus datos de salud protegidos con ciertos fines relativos a las fuerzas del orden si así lo permite o exige la ley. Por ejemplo, denunciar heridas de bala, emergencias o muertes sospechosas, cumplir con órdenes judiciales, órdenes de arresto o notificaciones procesales semejantes o cumplir con pedidos de información sobre delitos.
- **Médicos forenses, directores de empresas fúnebres, organizaciones de donación de órganos** – Tenemos derecho a divulgar sus datos de salud protegidos a los médicos forenses de toda clase, directores de empresas fúnebres o, si usted es un donante de órganos, a la organización dedicada a la donación de órganos y tejidos.
- **Investigación** – Sus datos de salud protegidos pueden utilizarse o divulgarse a los fines de investigación, pero únicamente si dicho uso o divulgación ha sido analizado y aprobado por una Junta de Privacidad especial o Junta Institucional de Revisión o en caso de que usted otorgue su autorización.

- **Evitar una amenaza grave a la salud o seguridad** – Tenemos derecho a utilizar y divulgar sus datos de salud protegidos cada vez que sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona. No obstante, toda divulgación se destinará a la persona capaz de ayudar a prevenir la amenaza.
- **Seguridad militar y nacional** – En caso de exigirlo la ley, si usted es un integrante de las fuerzas armadas, tenemos derecho a utilizar y divulgar sus datos de salud protegidos según lo exijan las autoridades de comando militar o el Departamento de Asuntos de Ex Combatientes (*Department of Veterans Affairs*). De exigirlo la ley, tenemos el derecho de divulgar sus datos de salud protegidos a los funcionarios federales autorizados para llevar a cabo actividades legítimas de inteligencia y contrainteligencia, así como otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley. De exigirlo la ley, tenemos el derecho de divulgar sus datos de salud protegidos a funcionarios federales autorizados para que puedan proteger al presidente de la nación, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales.
- **Indemnización por accidentes de trabajo** – Tenemos derecho a utilizar o divulgar sus datos de salud protegidos según lo permitan las leyes vinculadas a la indemnización por accidentes de trabajo o programas similares.
- **Normas especiales sobre la divulgación de datos de psiquiatría, abuso de sustancias y VIH** – Con respecto a las divulgaciones de datos de salud protegidos sobre la atención de condiciones psiquiátricas, abuso de sustancias o análisis y tratamiento afines al VIH, se aplican restricciones especiales. Por ejemplo, generalmente no divulgamos esos datos protegidos especialmente para cumplir con una citación, orden de arresto o proceso judicial, a menos que usted firme una Autorización especial o que un tribunal ordene divulgarlos.
- **Información sobre salud mental**. Podrán divulgarse ciertos datos sobre salud mental cuando sea necesario para el tratamiento, pago y procedimientos en materia de atención a la salud según lo permita o exija la ley. De lo contrario, divulgaremos esos datos únicamente cuando exista una autorización, orden judicial o en los casos establecidos por la ley. Por ejemplo, todas las comunicaciones entre usted y un psicólogo, psiquiatra, asistente social y ciertos terapeutas y asesores serán de índole privilegiada y confidencial, de conformidad con las leyes federales y del estado de Connecticut.
- **Información sobre el tratamiento por abuso de sustancias**. Si se le brinda tratamiento en un programa especializado de abuso de sustancias, la confidencialidad de los expedientes médicos sobre abuso de drogas y alcohol se encuentra amparada por la ley y reglamentaciones federales. Por lo general, no podemos informarle a una persona ajena al programa que usted asiste a éste ni divulgar información que lo identifique a usted como alcohólico o drogadicto, a menos que:
  1. Usted otorgue su consentimiento por escrito;
  2. Una orden judicial autorice la divulgación; o
  3. La divulgación se destine al personal médico en caso de emergencia médica o al personal calificado en caso de investigación, auditoria o evaluación de programas.

La violación de esas leyes y reglamentaciones federales por parte nuestra constituye un delito. Podrá denunciarse la sospecha de violación a las

autoridades correspondientes de conformidad con las reglamentaciones federales. Las leyes y reglamentaciones federales no protegen información alguna sobre un delito cometido por un paciente en un programa de abuso de sustancias o contra una persona que trabaja en el programa ni sobre toda amenaza de cometer un delito. Las leyes y reglamentaciones federales no protegen la información sobre la sospecha de maltrato o abandono de menores para evitar que se denuncie bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales pertinentes.

- Información sobre el VIH. Tenemos derecho a divulgar información sobre el VIH, según lo permitan o exijan las leyes del estado de Connecticut. Por ejemplo, sus datos relacionados con el VIH, de haberlos, podrán divulgarse sin su autorización a los efectos del tratamiento, ciertas actividades de supervisión sanitaria, de acuerdo con una orden judicial o en el caso de exposiciones al VIH por parte del personal de [EA], de otra persona o de una pareja conocida.
- Menores. Cumpliremos con las leyes del estado de Connecticut al utilizar o divulgar datos de salud protegidos de menores. Por ejemplo, si usted es un menor no emancipado que otorga su consentimiento a un servicio de atención médica vinculado al VIH/SIDA, enfermedad venérea, aborto, tratamiento de salud mental o dependencia del alcohol y drogas como paciente externo, y no ha solicitado que otra persona sea considerada su representante personal, entonces tendrá la autoridad para otorgar su consentimiento al uso y divulgación de sus datos de salud.

### **Casos en que no podemos usar o divulgar sus datos de salud protegidos**

Salvo lo descrito en este Aviso, o según lo permitan las leyes federales o del estado de Connecticut, no utilizaremos ni divulgaremos sus datos de salud protegidos sin su autorización por escrito.

La citada autorización escrita indicará precisamente los usos o divulgaciones que usted desea permitir. Bajo ciertas circunstancias limitadas, [EA] podrá condicionar el tratamiento al otorgamiento de la autorización, como en el caso de investigaciones vinculadas al tratamiento. Si usted nos autoriza a utilizar o divulgar sus datos de salud protegidos por otras razones que no sean el tratamiento, pagos o procedimientos en materia de atención a la salud, podrá revocar su autorización por escrito en cualquier momento comunicándose con el Funcionario encargado de asuntos de privacidad de [EA]. Si revoca su autorización, no podremos utilizar ni divulgar sus datos de salud protegidos con los fines contemplados en la autorización, salvo en aquellas áreas en que hemos recurrido a la autorización.

### ***Notas sobre psicoterapia***

Se exigirá una autorización firmada o una orden judicial con el fin de utilizar o divulgar las notas sobre psicoterapia, salvo para llevar a cabo ciertos tratamientos, pagos o procedimientos en materia de atención a la salud y para que [EA] las utilice en caso de tratamientos, programas de capacitación o para la defensa de una causa judicial.

### ***Mercadotecnia***

Será necesario contar con una autorización firmada para utilizar o divulgar sus datos de salud protegidos a los fines de incentivarlo a comprar o usar un producto o servicio, salvo por ciertas circunstancias limitadas, como cuando la comunicación sobre mercadotecnia se realiza cara a cara o cuando ésta implica la distribución de un obsequio promocional de valor nominal proporcionado por [EA].

### **Sus derechos sobre los datos de salud**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a sus datos de salud protegidos. A continuación se describe brevemente cómo ejercerlos.

- **Derecho a solicitar restricciones sobre sus datos de salud protegidos** – Usted tiene el derecho de solicitar ciertas restricciones o limitaciones sobre los datos de salud protegidos que utilicemos o divulguemos sobre usted. Podrá solicitar una restricción o cambiarla con respecto al uso o divulgación de sus datos de salud protegidos mediante solicitud por escrito en la que se indique la restricción específicamente. Para ello, pídale a [EA] un formulario de Solicitud de restricción. No se nos exige cumplir con la restricción solicitada. Si acordamos aceptar la restricción solicitada, cumpliremos con su pedido salvo en cuanto a lo necesario para brindarle tratamiento de emergencia. Si se divulgan los datos de salud protegidos a un proveedor de atención médica en caso de tratamiento de emergencia, solicitaremos que dicho proveedor se abstenga de utilizarlos o divulgarlos. Además, usted y [EA] podrán dar por terminada la restricción si se notifica a la otra parte por escrito de la extinción. A menos que usted esté de acuerdo, la extinción de la restricción sólo tendrá vigencia con respecto a los datos de salud protegidos creados o recibidos después de haberle informado de la extinción.
- **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales** – Usted tiene derecho a solicitar disposiciones razonables sobre la recepción de comunicaciones sobre los datos de salud protegidos. Usted tiene derecho a solicitar una forma alternativa de comunicación o un sitio alternativo en el que desee recibir las comunicaciones. Podrá presentar una solicitud por escrito a [EA] sobre la confidencialidad de las comunicaciones. Para ello, pídale a [EA] un formulario de Solicitud de comunicaciones confidenciales.
- **Derecho a tener acceso, inspeccionar y copiar sus datos de salud protegidos** – Usted tiene derecho al acceso, inspección y copia de sus datos de salud protegidos que se empleen para tomar decisiones sobre su atención durante todo el tiempo en que [EA] mantenga dichos datos. A fin de tener acceso, inspeccionar y copiar los datos de salud protegidos que puedan emplearse para tomar decisiones acerca de usted, deberá presentar la solicitud por escrito a [EA]. Si solicita una copia de los datos, posiblemente le cobremos un cargo de preparación, copiado, envío y otros materiales afines a su solicitud. Tenemos el derecho de rehusarnos, total o parcialmente, a concederle acceso, inspección y copias de sus datos de salud protegidos bajo ciertas circunstancias limitadas. Si denegamos su solicitud, le enviaremos una explicación detallada por escrito. Tal vez le corresponda el derecho de solicitar la revisión de esta denegación ante un profesional médico independiente designado por nosotros con carácter de funcionario revisor. Esa persona no puede haber participado en la decisión original de denegarle la solicitud. Usted también

tendrá el derecho de solicitar la revisión de nuestra denegación a través de un tribunal de la justicia ordinaria. Todos los requisitos, costos judiciales y honorarios de abogados afines a la revisión de la denegación por parte del tribunal correrán por cuenta suya. Deberá consultar con un abogado si está interesado en hacer valer esos derechos.

- **Derecho a modificar sus datos de salud protegidos** - Usted tiene el derecho de solicitar la modificación de sus datos de salud protegidos durante el tiempo en que [EA] mantenga su información o ésta se mantenga para [EA]. Su solicitud deberá hacerse por escrito ante [EA] y deberá indicar la razón de la modificación solicitada. Para ello, pídale a [EA] un formulario de Solicitud de modificación. Si denegamos su solicitud de modificación, le entregaremos una denegación escrita con las razones de dicho rechazo y el derecho de presentar una declaración escrita en la que se manifieste su desacuerdo con la denegación. Tenemos el derecho de rebatir su declaración de desacuerdo. Si no desea presentar una declaración escrita para manifestar su desacuerdo con la denegación, podrá solicitar que su pedido de modificación y su denegación se den a conocer cada vez que se realice la divulgación futura de sus datos pertinentes.
- **Derecho a recibir un listado de los casos de divulgación de los datos de salud protegidos** - Usted tiene derecho a solicitar un listado de ciertas divulgaciones de sus datos de salud protegidos por parte de [EA] o por parte de otros en nombre nuestro. Para solicitar un listado de las divulgaciones, deberá presentar una solicitud por escrito con indicación de un período a partir del 14 de abril de 2003 o después de esta fecha que sea dentro de los seis (6) años de la fecha de su solicitud. El primer listado proporcionado dentro de un período de doce meses será gratuito. Posiblemente se le cobre un cargo razonable para cubrir costos por cada solicitud futura de listados dentro del mismo período de doce meses. No obstante, se le dará la oportunidad de retirar o modificar su solicitud del listado de divulgaciones a fin de evitar o reducir el cargo.
- **Derecho a solicitar una copia en papel del Aviso** - Usted tiene derecho a obtener una copia en papel de este Aviso aunque haya acordado recibirlo electrónicamente. Podrá solicitarlo en cualquier momento comunicándose con [EA].
- **Derecho a presentar quejas** - Usted podrá presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (*United States Department of Health and Human Services*) si cree que nosotros hemos violado sus derechos de privacidad. Podrá presentar una queja ante nosotros mediante aviso a tal efecto dirigido al Funcionario encargado de asuntos de privacidad. No se lo penalizará por presentar una queja y haremos todo lo posible por resolverla con usted.

[ENTIDAD AMPARADA]

[Nombre del funcionario encargado de asuntos de privacidad]

Domicilio de [EA]

Teléfono de [EA]

## Autorización para divulgar datos de salud protegidos

Nombre

Fecha de nacimiento

N.º de Seguro Social

Autorizo el uso o divulgación de mis datos de salud protegidos por parte de [ENTIDAD AMPARADA] (“[EA]”) tal como se indica en adelante. Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria y que [EA] no podrá exigirme que lo haga antes de brindarme tratamiento. Entiendo que tengo el derecho de revocar la presente autorización en cualquier momento mediante el envío de un aviso escrito y firmado de dicha revocación dirigido a [EA]. Entiendo que la descripción de mi derecho de revocar mi autorización se establece en el Aviso de procedimientos de privacidad de [EA]. Entiendo que la información divulgada en conformidad con esta autorización no podrá seguir amparada por las leyes o reglamentaciones y podrá ser divulgada, a su vez, por el destinatario.

- 1) a) Sírvase utilizar o divulgar los siguientes datos de salud, en caso de existir:
- El historial médico completo; o
  - Los siguientes datos de salud limitados
- \_\_\_\_\_
- b) [EA] no podrá utilizar ni divulgar ciertos datos, a menos que usted autorice específicamente dicho uso o divulgación. Sírvase firmar con sus iniciales junto a cada rubro a continuación si desea autorizar específicamente la divulgación de datos de salud con respecto al análisis, diagnóstico o tratamiento de:
- \_\_\_ VIH/SIDA
  - \_\_\_ Abuso de drogas y alcohol
  - \_\_\_ Trastornos psiquiátricos o de salud mental
- 2) Sírvase indicar el período durante el cual desea que se divulguen los datos descritos anteriormente:
- Toda la información mantenida en todo momento por [EA], o
  - La información mantenida por [EA] desde: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 3) Sírvase indicar quién podrá recibir los datos solicitados mediante esta autorización:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 4) Sírvase indicar los fines con los cuales se solicitan los datos mediante esta autorización:
- A pedido de la persona que solicita los datos, u
  - Otro: \_\_\_\_\_

A menos que se haya revocado en una fecha anterior, la presente autorización vencerá el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Al firmar al pie, entiendo y ratifico lo siguiente:

- He leído y entendido esta Autorización;
  - Autorizo a [EA] a utilizar o divulgar los datos de salud a las personas y con los fines identificados en la presente autorización; y
  - Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mis datos de salud protegidos de conformidad con esta autorización, me comunicaré con el Funcionario encargado de asuntos de privacidad de [EA].
- \_\_\_\_\_

Nombre de la persona o representante personal en letras de molde	Firma de la persona o del representante personal	Fecha
---	---	-------

Si este consentimiento está firmado por el representante personal de la persona, describir la autorización legal del representante de actuar en nombre de la persona: \_\_\_\_\_

- Autorización legal del representante verificada por: \_\_\_\_\_