AUTORIZACIÓN ESTÁNDAR DE OKLAHOMA PARA USAR O COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD (PHI, por sus siglas en inglés)

Nombre **Fecha de nacimiento** **# Seguro social**

Dirección **Número telefónico**

Por este medio autorizo a _____
Nombre de la persona u organización divulgando PHI

a liberar la siguiente información a _____
Nombre y dirección de la persona u organización recibiendo PHI

Información a ser compartida:

☐ Notas de psicoterapia (si elige esta opción, ninguna otra opción puede ser elegida)

☐ Registro médico completo ☐ Registros de salud mental ☐ Registros de abuso de sustancias

☐ Información médica recopilada entre _____ y _____

☐ Datos de facturación de _____

☐ Otro: _____

La información sólo podrá divulgarse para los fines que se indican a continuación:

☐ Seguro ☐ Tratamiento continuo ☐ Legal ☐ A petición mía o de mi representante

☐ ¿Esta solicitud está relacionada con una investigación o un proceso legal relativo a la atención de la salud reproductiva? **(Formulario de atestación necesario)**

☐ Otro: _____

Entiendo que al firmar voluntariamente esta autorización:

- Autorizo el uso o divulgación de mi PHI como se describió anteriormente para los propositos mencionados.
- Tengo derecho a retirar el permiso de liberación de mi información. Al firmar esta autorización para usar o divulgar información, puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe ser por escrito a la persona u organización divulgando la información y no afectará información que ya se haya usado o divulgado.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que a menos que el propósito de esta autorización sea determinar el pago de una reclamación de beneficios, firmar esta autorización no afectará mi elegibilidad de beneficios, tratamiento, inscripción o pago de reclamos.
- Mi información médica puede indicar que padezco una enfermedad transmisible y/o no transmisible que puede incluir, pero no limitarse a, enfermedades como la hepatitis, la sífilis, la gonorrea o el VIH o el SIDA y/o puede indicar que recibo o he recibido tratamiento por afecciones psicológicas o psiquiátricas o abuso de sustancias.
- Entiendo que puedo cambiar esta autorización en cualquier momento escribiendo a la persona u organización que divulga mi PHI.
- Entiendo que no puedo restringir la información que ya se haya compartido basándome en esta autorización.
- La información usada o divulgada en virtud de la autorización puede ser objeto de nueva divulgación por parte del destinatario y dejar de estar protegida por el reglamento de privacidad.
- Entiendo que mi información puede no estar segura una vez que sale del Departamento de Salud de Tulsa. El Departamento de Salud de Tulsa no es responsable de la protección de mi información después de enviármela según lo solicitado.

A menos que sea revocada o se indique lo contrario, la fecha de expiración automática de esta autorización será de un año a partir de la fecha de mi firma.

Firma del paciente o representante legal **Fecha**

Descripción de la autoridad del representante legal **Fecha de expiración** (si ha pasado más de un año desde la fecha de la firma o no se ha indicado ningún acontecimiento)