

AUTORIZACIÓN ESTÁNDAR DE OKLAHOMA DE USAR O COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Nombre del Paciente: _____ Récord Medico #: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Por este medio autorizo _____
Nombre de Persona/Organización Divulgando PHI

A liberar la siguiente información a _____
Nombre y Dirección de la Persona/Organización Recibiendo PHI

Información a ser compartida:

Notas de Psicoterapia (Si marca esta casilla, ninguna otra casilla puede ser marcada) Registro Medico Completo
Información Médica recopilada entre _____ y _____ Registro de Salud Mental
Datos de Facturación de _____ Registro de Abuso de Sustancias
Otro: _____

La información puede divulgarse para el siguiente propósito(s) solamente:

Seguro Tratamiento Continuo Legal A solicitud mía o de mi representante
Otro: _____

Entiendo que firmando voluntariamente esta autorización:

- Yo autorizo el uso o la divulgación de mi PHI como se describió anteriormente para los propósitos mencionados.
- Tengo el derecho de retirar el permiso para la liberación de mi información. Si firmo esta autorización para usar o divulgar información, puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito a la persona/organización divulgando la información y no afectará información que ya se haya utilizado o divulgado.
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que a menos que el propósito de esta autorización sea para determinar el pago de una reclamación de beneficios, firmando esta autorización no afectará mi elegibilidad de beneficios, tratamiento, inscripción o pago de reclamos.
- Mi información médica puede indicar que tengo una enfermedad transmisible y/o no transmisible que puede incluir, pero no ser limitada a enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea o VIH o SIDA y/o puede indicar que tengo o me he tratado para condiciones psicológicas o psiquiátricas o abuso de sustancias.
- Yo entiendo que puedo cambiar esta autorización en cualquier momento escribiendo a la persona/organización divulgando mi PHI.
- Yo entiendo que no puedo restringir información que puede ya haber sido compartida basada en esta autorización.
- Información usada o divulgada según la autorización puede ser sujeta a ser nuevamente divulgada por el recipiente y ya no ser protegida por la Regulación de Privacidad.

Liberación por correo electrónico:

Al firmar esta liberación, entiendo que al recibir mi Información de Salud Protegida por correo electrónico, la información no será encriptada y por lo tanto ser sujeta a interceptación, violación, riesgos de seguridad por terceras personas y no haré responsable a OCCHD de tal evento.

Correo electrónico: _____ (por favor escriba claramente)

Firma del paciente: _____ Clerk Initials: _____

A menos que se revoque o se indique lo contrario, la fecha de caducidad automática de esta autorización será un año de la fecha de mi firma o después del acontecimiento del siguiente evento: _____

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Descripción de la Autoridad del Representante Legal

Fecha de Caducidad (de ser más largo que un año desde la fecha de la firma o ningún caso es indicado)



OKC County Health Department
Attn: HIPAA Officer
2600 NE 63rd
Oklahoma City, OK 73111

Adopted from Oklahoma State Department of Health
HIPAA Document – retain for a minimum of 6 years January 2012
HIS.0006.1/16

Instructions for Oklahoma Standard Authorization to Use or Share Protected Health Information (PHI)

1. Indicate patient name and date of birth.
2. OPTIONAL: Indicate Medical Record # and/or Social Security #.
3. Indicate the name of person/organization disclosing PHI.
4. Indicate the name and address of person/organization receiving PHI.

Information to be shared:

1. Check the appropriate box.
2. If the information to be shared is not listed, check the "other" box and indicate what information is to be shared in the space provided.
 - a. If billing information is shared, indicate which billing information is requested. If all billing information is requested, just check the box.
 - b. If psychotherapy notes are requested, no other information can be shared. A separate Authorization must be completed for additional information.

Purpose for disclosing information:

1. Check the appropriate box.
2. If the purpose is not listed, check the "other" box and indicate the purpose in the space provided.

Expiration Date:

1. Unless otherwise indicated at the bottom of the form, the expiration date is one year from the date of the patient's signature or upon the occurrence of an event chosen by the individual.
 - a. If the patient chooses an event, list the event in the space provided.
 - b. If the patient chooses to make the expiration date longer than one year, indicate in the space provided at the bottom of the form.

Signature:

1. Obtain the signature of the patient or Legal Representative
2. If a Legal Representative signs the form, indicate the description of the Legal Representative's authority.

Date:

1. The date is the date the form is signed.



OKC County Health Department
Attn: HIPAA Officer
2600 NE 63rd
Oklahoma City, OK 73111

Adopted from Oklahoma State Department of Health
HIPAA Document – retain for a minimum of 6 years January 2012
HIS.0006.1/16