



# FORMULARIO NÚM. 1 HIPAA

## Autorización del cliente para la publicación o divulgación de Información médica protegida (PHI)

Este formulario debe ser completado por la persona cuya información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) va a ser divulgada ("cliente") O POR el padre o tutor legal del cliente menor de edad.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Programa(s) de BCPH que proporciona(n) estos servicios al cliente:

- BCPH GENESIS       BCPH GENESISTER       Nurse-Family Partnership (Asociación Enfermera-Familia de BCPH)
- Programa de vacunación de BCPH
- (Former) BCPH Addiction Recovery Centers (ARC) (Centros de recuperación de la adicción de BCPH, anterior)

Por este medio autorizo a Boulder County Public Health (BCPH) a divulgar (compartir o revelar) mi información médica protegida (PHI), como se detalla en este formulario de consentimiento. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento proporcionando una notificación a BCPH.

1. BCPH puede compartir mi PHI con las siguientes personas o agencias (seleccione todas las opciones que apliquen):

- Mi proveedor de atención primaria (médico) (NOMBRE): \_\_\_\_\_
- BCPH GENESIS       BCPH GENESISTER       Programa de vacunación
- Nurse-Family Partnership (Asociación Enfermera-Familia de BCPH)       Programa para mujeres, bebés y niños de BCPH (WIC)
- Programa para niños con necesidades especiales (CSN)       Mental Health Partners (MHP)
- Condado de Boulder Vivienda y Servicios Humanos (BCDHHS)
- OTROS: Por favor incluya los nombres Y/O sus nombres comerciales o la naturaleza de su relación personal (RP) con usted como cliente (use una hoja adicional, de ser necesario):
- Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre de la empresa o RP: \_\_\_\_\_
- Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre de la empresa o RP: \_\_\_\_\_
- Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre de la empresa o RP: \_\_\_\_\_

2. A continuación, marque la PHI que usted autoriza a BCPH a divulgar a los enumerados anteriormente (seleccione todas las opciones que apliquen):

- Historial médico       Informes de evaluaciones       Percentiles de crecimiento
- Informes de audiencias       Vacunas o recetas médicas       Informes de laboratorio
- Plan de tratamiento actual       Expedientes de hospital
- Gastos médicos o Información de reclamaciones       Información de administración de casos
- OTRO (especificar a continuación qué registros puede divulgar BCPH). **NOTA: Si es para apuntes, registros o información sobre PSICOTERAPIAS, SALUD MENTAL, USO DE DROGAS/ALCOHOL y/o VIH/SIDA, TAMBIÉN debe presentar un formulario N° 1-A de HIPAA.**
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

3. **Propósito de la divulgación:** pueden compartir y utilizar mi PHI para el/los siguiente(s) propósito(s):

- Coordinación para la atención del paciente       O

Otro (favor de especificar): \_\_\_\_\_

4. **Fechas de vigencia para este consentimiento:**  Continuar indefinidamente hasta que revoque este formulario  
 Solo del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
5. **Métodos para la divulgación de la PHI:** BCPH puede compartir mi PHI utilizando los medios siguientes (Marque todas las respuestas que apliquen):  
 En persona  Por teléfono  Correo electrónico cifrado  Fax cifrado  El Correo  
 A amigos o familiares (lista de nombres): \_\_\_\_\_

## MIS ACUERDOS Y APROBACIONES

Al firmar a continuación, reconozco por este medio que entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

### A. EXPIRACIÓN O REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

- ✓ Este formulario será válido y estará en vigencia hasta que: 1) Lo revoque; o 2) Las fechas que aparecen en la N°.4 anteriormente hayan caducado.
- ✓ Si deseo de revocar este formulario, debo completar y devolver el formulario N°.3 de BCPH HIPAA -*Solicitud del cliente para revocar la autorización de divulgación de su información médica protegida (PHI)*- el cual puedo solicitar a cualquier programa de BCPH HIPAA u oficial de privacidad HIPAA de BCPH (información de contacto a continuación), **O** puedo comunicarme con el oficial de privacidad HIPAA (a continuación) y solicitar verbalmente la revocación de mi autorización:

Boulder County Public Health  
ATTN: HIPAA Privacy Official  
3450 Broadway, Boulder, CO 80304  
Teléfono: 303-441-1141 FAX: 303-441-1452

### B. AUTORIZACIONES

- ✓ Su derecho a este acceso de registros no se extiende a la información compilada en la participación razonables de o para uso en, una acción o proceso judicial civil, criminal o administrativo, o a información que BCPH recibió de manera confidencial de alguien diferente al proveedor de atención médica.
- ✓ También comprendo que mi capacidad para obtener tratamiento de BCPH, mi elegibilidad para beneficios, etc. no dependerán de si firmo o no esta autorización.
- ✓ Comprendo que tengo el derecho a inspeccionar y obtener una copia de cualquier información que sea divulgada a BCPH como resultado de esta autorización.

### C. INSPECCIONES

- ✓ Entiendo que un empleado de BCPH estará presente si solicito una inspección de mi PHI.
- ✓ Entiendo que no se me permitirá hacer marcar o alterar mi PHI de ninguna manera.
- ✓ Entiendo que debo solicitar una hora/fecha para revisar mis registros (a continuación), y que debo firmar/fechar mis registros para documentar que realicé una inspección.

Fecha de la inspección solicitada: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ a. m. / p. m. (circule una)

### D. CARGOS POR LA COPIA

- ✓ Entiendo y acepto que BCPH me puede cobrar hasta \$ 0.25 / página para todas las copias solicitadas y las tarifas postales. Si es así, por favor llámeme en primer lugar con una estimación en: \_\_\_\_\_.

### E. PROTECCIÓN

- ✓ Con la excepción de los registros de uso de drogas y alcohol que están protegidos por la CFR 42 parte 2, entiendo que si autorizo la divulgación de mi PHI a otras personas, existe la posibilidad de que mi PHI podría ser divulgada a terceros y podría ya no estar protegida.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CLIENTE EN LETRA DE MOLDE: \_\_\_\_\_

**Si usted NO es el cliente indicado anteriormente, complete lo siguiente (EN LETRA DE MOLDE):**

¿Cuál es su relación con el cliente?

- Padre o tutor del cliente, quien es menor de edad

- Padre o custodio del cliente, quien no es competente
- Beneficiario o representante personal del cliente, quien ha fallecido
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_

Su nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	
Ciudad/Estado/Código postal:	Correo electrónico:
Teléfono en horario hábil:	Teléfono en horario no hábil:

Firma del representante del cliente que hace la solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Instrucciones para enviar este formulario:

Complete y devuelva este formulario al Programa HIPAA de Boulder County Public Health (Salud Pública del condado de Boulder), desde el cual usted hace esta solicitud, O puede enviar el formulario al Oficial de Privacidad de HIPAA del BCPH a la siguiente dirección:

Boulder County Public Health  
 ATTN: HIPAA Privacy Official  
 3450 Broadway, Boulder, CO 80304  
 Teléfono: 303-441-1141; FAX: 303-441-1452

### Sección de Revisión de BCPH (solo para uso de la oficina):

- The request is for psychotherapy, mental health, drug/alcohol, and/or HIV/AIDS information.  
 As such, HIPAA Form #1-A is ALSO attached: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_
- Request **RECEIVED** by BCPH from client/personal representative (PR): \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_
  - Client/PR notified that form was received (w/in 10 days): \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_
  - INSPECTION REQUEST:** Time/date that request was submitted: \_\_\_\_\_ TIME: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_
- Request **APPROVED** by BCPH: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_
  - Approval decision (Form #1-B; copy attached) mailed to client/PR \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_
  - Requested payment (if any) of \$: \_\_\_\_\_ received on: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_
  - Records provided to client/PR by BCPH on: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_
    - Method of Delivery: \_\_\_\_\_ U.S. Mail to Address Requested \_\_\_\_\_ ENCRYPTED Fax to: \_\_\_\_\_
    - \_\_\_\_\_ ENCRYPTED Email to: \_\_\_\_\_
    - \_\_\_\_\_ Physical Inspection Location: \_\_\_\_\_
- Request **DENIED** by BCPH: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_
  - Request reviewed and denied by: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_
    - Time: \_\_\_\_\_ a.m. / p.m. (circle one) \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_
    - Reason for denial: \_\_\_\_\_
    - Denial decision (Form #1-B; copy attached) mailed to client/representative: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_
  - Request received from client for reconsideration of denial decision (Form #1-C; attached): \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_
    - Review of denial decision conducted by: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_
    - Outcome of second review:
      - Original denial decision upheld
      - Original denial decision overturned; original request APPROVED by BCPH
      - Reason original denial decision was overturned: \_\_\_\_\_
    - Second review decision (Form #1-D; attached) mailed to client/representative: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**COMMENTS:**

BCPH Program Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

BCPH HIPAA Privacy Official Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_