

# FORMA ESPECIAL DE AUTORIZACIÓN (*SPECIAL AUTHORIZATION*)

(Name of Practice)

Autorización del Paciente para Uso y Divulgación Especial de Información Protegido de Salud.  
*Patient Authorization for Special Use and Disclosure of Protected Health Information*

(Para propósitos afuera de tratamiento de rutina, pagos u operaciones de cuidado de salud)  
(*For purposes other than routine treatment, payment, or health care operations*)

Por medio de mi firma abajo, autorizo a la clínica médica designado arriba a usar y/o divulgar alguna información de mi salud protegida (PHI) a \_\_\_\_\_

Esta autorización permite a esta clínica a usar y/o divulgar la siguiente información de mi salud (descripción específica de la información usada y divulgada, como el día de servicio, tipo de servicio, nivel de detalles a ser comunicado, origen de la información, etc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La información deberá de ser usada o divulgada o dada a conocer:

- En mi petición \_\_\_\_\_
- O por el siguiente propósito:

\_\_\_\_\_

El propósito se declara de modo que puedo hacer una decisión informada si permito o no la divulgación de mi información. Esta autorización expirará el:

(fecha o evento definido) \_\_\_\_\_

Esta clínica no recibirá pagos u otras remuneraciones de terceras partes por el intercambio del uso o divulgación del PHI.

No tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento en esta clínica, y tengo el derecho de rechazar esta autorización si no deseo firmarla. Cuando mi información esté usada o divulgada según esta autorización, tal vez puede estar redivulgado por el receptor y no más protegido por la ley HIPAA. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito a menos que la clínica haya actuado en confianza en esta autorización. Mi revocación escrita debe de ser sumitada o enviada al “Dirigente de Prácticas Privadas” en esta clínica.

Firma (Paciente o Padre/Tutor): \_\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_

(La forma original debe ser archivada en el registro del paciente.)(*Original for patient's record.*)  
(Una copia provista al Paciente/Padre/Tutor.)(*A copy must be provided to Patient/Parent/Guardian.*)