



# New Mexico Human Services Department

## AUTORIZACIÓN PARA HACER PÚBLICA U OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Nombres y Apellidos			Fecha de Solicitud
Dirección Postal			Número de Teléfono
Ciudad	Estado	Código Postal	# de Medicaid o Seguridad Social

**YO AUTORIZO:**

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Para Hacer Pública la información A:  Para Obtener Información DE:

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**EL Propósito de la autorización es: (seleccionar los cuadrados que se aplican)**

Cuidado Médico Posterior  Personal  Investigación o Acción Legal  Cambio De Proveedores

Médicos

Participación Estudio Investigación  Mercadeo  Creación de Información de Salud para hacer pública a Terceros

Otros: (Especificar) \_\_\_\_\_

**Yo autorizo hacer pública la siguiente información de salud** (Haga una X en los cuadrados que tiene referencia con la información que desea hacer pública u obtener. La autorización para hacer pública notas de sicoterapia puede que no se combine con la autorización de hacer pública otros informes médicos- use un formulario separado si es necesario)

Informe Completo  Historia Médica, Exámenes, Informes  Plan de Tratamiento  Prescripciones  
 Inmunizaciones  Resumen del Alta del Hospital  Resultados de Laboratorios  Informe de Imágenes

Notas de Sicoterapia

Informes de : (fecha) \_\_\_\_\_ a (fecha) \_\_\_\_\_

Informes relacionados con la(s) siguiente(s) condición(es) específica(s), prueba(s) o tratamiento(s):

Otros: \_\_\_\_\_

Esta autorización espirará (fecha o evento): \_\_\_\_\_ Comprendo que si no especifico una fecha de expiración, esta autorización espirará en seis meses desde la fecha en que se firmó.

Comprendo, además, que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito.

He leído y comprendido *Información Importante sobre la Autorización* contenida en la parte de atrás de este paquete.

\_\_\_\_\_  
Firma del Individuo o Representante Personal Autorizado por la Ley

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si firmó como Representante Personal, señale la base de la autoridad: \_\_\_\_\_

**Por HSD Úsese al Solicitar Informes:**

*Estoy autorizado/a para recibir y hacer pública esta información. Se ha obtenido la documentación del Representante Personal que figura más arriba.*

\_\_\_\_\_  
Firma y Título del Representante de la Agencia

\_\_\_\_\_  
Fecha

## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA AUTORIZACIÓN

La políticas del Departamento de Servicios Humanos del Estado de Nuevo México (siglas en inglés HSD) y sus derechos se describen ampliamente en la Noticia de Prácticas de Privacidad, disponible al enviar una solicitud a la dirección que aparece al pie de la página.

- Una autorización para hacer pública u obtener información de salud es voluntaria. Ud. no tiene que firmar este formulario. No se requerirá firmar una autorización por adelantado como condición para recibir tratamiento (excepto tratamiento relacionado con investigación) o pago por los servicios de salud, excepto en instancias donde la elegibilidad para Medicaid depende en la verificación de HSD sobre la información de salud.
- Para que HSD proporcione alguno de nuestros servicios, necesitaremos autorización para usar, hacer pública u obtener información de su salud.
- Si Ud. está de acuerdo en firmar esta autorización para hacer pública u obtener información, Ud. recibirá una copia firmada del formulario.
- Si su autorización se requiere por ley o por política interna, HSD obtendrá, usará y hará pública la información de su salud, si ésta es requerida por autorización escrita que incluya todos los elementos requeridos de una autorización válida. HSD usará y hará pública su información de salud en la forma que Ud. la autorizó en el formulario que Ud. firmó.
- Ud. deberá firmar una autorización antes de recibir un tratamiento relacionado con investigación.
- Un formulario firmado separado se requiere para el uso y hacer pública las notas de sicoterapia.
- Aunque Ud. tenga el derecho de revocar una autorización, por escrito, y en cualquier momento, HSD no puede recuperar los usos e informes hechos públicos realizados antes que la autorización se hubiera cancelado.
- La información usada o hecha pública por esta autorización puede hacerse pública otra vez por el receptor y ya no podrá ser protegida por la política de privacidad de HSD.

### **Ud. tiene el derecho de entablar una queja de privacidad y revocar la autorización**

Ud. también puede contactar la Oficina de Privacidad que figura más abajo para entablar una queja o reportar un problema de cómo HSD ha usado o hecho pública la información sobre Ud. Sus beneficios no se verán afectados por ninguna queja que Ud. haga. SI Ud. entabla una queja, coopera con una investigación o no está de acuerdo con algo que Ud. considera ser ilegal, no será tomado en su contra.

También puede escribir a la dirección que figura más abajo para revocar su autorización otorgada a HSD.

New Mexico Human Services Department  
HIPAA Privacy Officer  
PO Box 2348  
Santa Fe, NM 87504-2348  
Phone: 1-888-997-2583