

**Programa de Atención de Indigentes de Colorado
Autorización de Cliente**

Para el uso y Divulgación de Información Protegida de Salud

La Health Insurance Portability y Accountability Act (HIPAA) de 1996 afirma que no podemos compartir su información médica protegida sin su permiso, excepto en ciertas situaciones. Por ejemplo, su información de salud protegida puede compartirse sin su permiso si se utiliza para facilitar su tratamiento médico, pago, para determinar la elegibilidad para beneficios o para las operaciones de plan de salud o inscripción. Si usted firma este formulario, usted nos está dando permiso para compartir la información protegida de salud que indican a continuación. Esto no protege la información se comparte con más gente una vez que sale de nuestra oficina.

Esta autorización durará sólo hasta la fecha específica y deben expirar en una fecha específica o a la ocurrencia de un Suceso específico.

Si más adelante decide que no desea que compartamos su información protegida de salud más, usted puede cancelar su autorización en cualquier momento por firmar la sección de revocación al final de este formulario y devolverlo al Departamento de Colorado de salud política y financiamiento, división especial de financiación. Cualquier revocación sólo se puede aplicar a futuras divulgaciones o acciones con respecto a su información de salud protegida y no puede cancelar acciones o revelaciones hechas mientras que la autorización estaba en efecto. Ver políticas de privacidad y procedimientos sobre el uso y divulgación de información médica protegida – el departamento requiere de la autorización, con arreglo al 45 C.F.R. 164.508.

Fecha: _____

Yo, _____ (escriba su nombre)

autorizo la siguiente persona o grupo a divulgar mi información de salud protegida con el Departamento de Colorado de salud política y financiamiento:

La siguiente información puede ser revelada:

- Información sobre elegibilidad para beneficios para el período siguiente (indicar fechas):

Desde: _____ Hasta: _____

- Información incluyendo reclamaciones, informes y otros documentos relacionados con reclamaciones de beneficios de un determinado periodo de tiempo (indicar fechas):

Desde: _____ Hasta: _____

Información relativa al pago o falta de pago de beneficios por los servicios prestados en una fecha específica:

Fecha: _____

Nombre del proveedor de atención médica: _____

Otro (especifique): _____

Purpose of request for information: (Si prefiere no estado a propósito, por favor, indique "a petición de los interesados") _____

Expiración de autorización: (Debe especificar una fecha o evento, es decir, al final del litigio)

Fecha / evento de expiración: _____

Las entidades cubiertas bajo HIPAA no pueden condicionar tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios de plan salud en recibo de una autorización.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Nombre de Representante Personal designado: _____

Documentación legal debe ser incluida para mostrar autoridad para recibir información

Firma de Representante Personal designado: _____

Relación de Representante Personal designado: _____

Este formulario debe ser recibido por Colorado indigente Care programa del departamento antes de cualquier discusión con un tercero (es decir, hospital, clínica o agente de facturación) la elegibilidad de un cliente para beneficios; información incluyendo reclamaciones, informes y otros documentos relacionados con solicitudes de beneficios; o información relativa al pago o falta de pago de beneficios por los servicios prestados. Sin esta forma, el programa de atención de indigentes de Colorado no conversará sobre cualquier problema específico de cliente con cualquier proveedor o agente.

Devuelva la forma completada a cicpcorrespondence@state.co.us