



Fecha:

Nombre

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

ID de miembro:

Fecha de nacim. del miembro:

Estimado Miembro:

De acuerdo con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) de 1996, (“HIPAA”), que incluye pero no se limita al título 45 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.) § 164.508; leyes federales referidas a la divulgación de registros de abuso de alcohol y otras sustancias, 42 C.F.R § 2 y siguientes; y las leyes del Estado de Indiana en materia de registros médicos, y registros relacionados con el tratamiento del abuso de alcohol, sustancias y/o de enfermedad(es) contagiosas, esta carta sirve para obtener la autorización de uso y/o divulgación de información sobre su información médica protegida. Compartir la información de su atención médica, incluidas recetas y recomendaciones de tratamiento, es esencial para la coordinación efectiva y segura de su atención.

### **Consentimiento del miembro**

Al firmar a continuación, autorizo que la siguiente información sea compartida con la(s) persona(s) y/o la(s) organización(es) de atención médica identificada(s) a continuación para los propósitos de mi atención médica, y según lo determinen los profesionales de atención médica de MDwise y otros empleados de MDwise. Autorizo asimismo que la información que está abajo pueda ser divulgada en la medida necesaria para llevar a cabo y completar el propósito de la divulgación.

- Registros médicos, incluidos registros relacionados con el tratamiento, pago y/u operaciones de atención médica
- Registros de enfermedades contagiosas
- Registros de VIH/SIDA
- Registros de abuso de sustancias
- Registros de abuso del alcohol

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando aviso por escrito a la organización que está autorizada arriba a liberar información. Esta autorización expirará al finalizar el plan MDwise en el que estoy inscrito a menos de que revoque esta autorización por escrito antes de la fecha de finalización. De acuerdo a la ley aplicable, los registros de abuso de sustancias divulgados bajo esta autorización no pueden volver a ser divulgados. Otros registros divulgados bajo esta autorización, sin embargo, pueden volver a ser divulgados por el recipiente y ya no pueden ser protegidos.

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro/representante designado por el miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Consentimiento para hablar con otra persona**

Como se analizó precedentemente, doy mi consentimiento para que MDwise hable con la(s) siguiente(s) persona(s) acerca de cuestiones y registros mencionados más arriba, y en la medida antes mencionada.

_____	_____
Nombre	Relación
_____	_____
Nombre	Relación

**Autorización para la liberación de información a otras organizaciones de atención médica**

Como se analizó anteriormente, doy mi consentimiento para que MDwise divulgue la información y los registros indicados más arriba, en la medida antes mencionada, a la(s) siguiente(s) organización(es) de atención médica.

[Nombre de la organización de atención médica.  
Dirección de la organización de atención médica]

[Nombre de la organización de atención médica.  
Dirección de la organización de atención médica]