OMB #: 0935-0118 PANEL 13

EJEMPLO DEL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN DE LAS FARMACIAS Y ARCHIVOS FARMACEÚTICOS ENCUESTA DE REGISTRO DE GASTOS MÉDICOS – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE ESTADOS UNIDOS

A. Nombre del proveedor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: ( ) _____ - _____
Código del área

B. Estoy participando voluntariamente en la Encuesta de Registro de Gastos Médicos (MEPS), un estudio sobre el uso y los gastos relacionados con los servicios de la salud, que está realizando el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Autorizo y solicito que se provea al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y a sus contratistas la información médica o financiera que necesiten sobre las recetas que se han despachado o renovado para mi uso durante el período entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2009. Este formulario de autorización cubre cualquier y toda medicina recetada que he recibido durante este período, incluyendo las medicinas recetadas para el tratamiento de la salud mental,, el alcoholismo, la drogadicción, las enfermedades venéreas el VIH o el SIDA.

Entiendo que la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés)[1] prohíbe que se divulgue mi información sin mi autorización. Este formulario (o una fotocopia de este formulario) le da mi autorización. He firmado este formulario voluntariamente, entendiendo que mi decisión de firmar o no firmar no afectará de ninguna manera mi elegibilidad para cualquier tratamiento, pago, inscripción o beneficio al que tengo derecho.

Entiendo que el Departamento de Salud y Servicios Humanos y sus contratistas usarán esta información para complementar la información que ya he dado para la investigación de MEPS sobre los usos y costos de los servicios de salud. Entiendo también que una vez que se divulgue mi información al estudio, ya no está protegida por la HIPAA, pero que sí está protegida por la Ley del Servicio de Salud Pública[2], la cual prohíbe la divulgación de información que me identificaría a mí o a mis proveedores médicos fuera de la agencia patrocinadora y sus contratistas sin mi autorización o la de mis proveedores médicos y farmacias.

Autorizo que el estudio use la información que he dado durante la encuesta para ayudarle a identificar mis expedientes. Entiendo también que puedo retirar esta autorización en cualquier momento escribiendo o llamando por teléfono a un representante del estudio, pero que mi anulación no afectará las divulgaciones que dependen de mi autorización que hayan sido hechas por un proveedor. De otro modo, esta autorización vence en 30 meses a partir de la fecha en que se la firmó.

C. 1. Nombre del/de la paciente: _____

2. Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___
Mes **Día** **Año**

3. Otros nombre bajo los cuales pueden estar archivados los registros _____

D. 4. _____ 5. Fecha en que firmó _____
Firma del/de la paciente – firme si tiene 14 años o más

SI EL/LA PACIENTE TIENE DE 14 A 17 AÑOS, TANTO EL/LA PACIENTE COMO EL/LA PADRE/MADRE/TUTOR DEBEN FIRMAR Y PONER LA FECHA

E. 6. _____ 7. Fecha en que firmó _____
Firma del padre/madre, tutor, testigo o apoderado

8. _____
Relación del firmante con el/la paciente

9. Razón por la que firma el padre/madre, tutor, testigo o apoderado:

- ☐ Paciente de 13 años o menor
- ☐ Paciente de 14 a 17 años
- ☐ Paciente discapacitado
- ☐ Paciente ha fallecido

FIELD USE ONLY: RU ID: _____ PROVID: _____ PID: _____

(1) Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud: 42 U.S.C. 1320d-2 y 1320d-4 y la regulación de ejecución, 45 CFR 164.508, requieren una autorización detallada para que su proveedor de servicios de salud divulgue información de salud de sus expedientes para propósitos de investigación.

(2) Ley del Servicio de Salud Pública (PHS): Secciones 924(c) y 308(d) [42 U.S.C. 299c-3(c), y 42 U.S.C. 242m(d)] protegen la confidencialidad de información recolectada bajo las autoridades de investigación de la Agencia para la Investigación y Calidad de los Servicios de Salud y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud. La Sección 543 de la Ley PHS [42 U.S.C. 290dd-2,] y las regulaciones en el 42 CFR Part 2, proporcionan restricciones de confidencialidad adicionales para los expedientes de pacientes que abusan del alcohol y drogas. Este proyecto de investigación se llevará a cabo de acuerdo con toda disposición mencionada arriba.

_____ **SCAN:** ☐ **Yes** ☐ **No** _____
CODE **FIID**

MUESTRA