

## FORMULARIO APROBADO

OMB No. 0935-0118

Fecha de vencimiento: 11/30/2025

**FORMULARIO DE**  
**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**

<b>A.</b> Nombre del proveedor: _____			
Dirección: _____			
Ciudad: _____		Estado: _____	Código postal: _____
Teléfono: (_____) _____ - _____		Código del área _____	
<b>B.</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 2023 y el 31 de diciembre de 2024. 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, el SIDA, o la anemia drepanocítica o de células falciformes. <p>Entiendo que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés)<sup>(1)</sup> 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.</p> <p>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 los Artículos 944(c) y 308(d) de la Ley del Servicio de Salud Pública [42 U.S.C. 299c-3(c) y 42 U.S.C. 242m(d)], los cuales exigen que no se divulgue información que me pudiera identificar salvo que haya dado mi consentimiento a tal divulgación.</p> <p>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.</p>			
<b>C.</b> 1. Nombre del/de la paciente: _____			
2. Fecha de nacimiento / / Mes Día Año		3. Otros nombre bajo los cuales pueden estar archivados los registros _____	
<b>D.</b> 4. _____ 5. Fecha en que firmó _____ Firma del/de la paciente – firme si tiene 14 años o más <b>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</b>			
<b>E.</b> 6. _____ 7. Fecha en que firmó _____ Firma del padre/madre, tutor, testigo o apoderado 8. _____ 9. Razón por la que firma el padre/madre, tutor, testigo o apoderado: Relación del firmante con el/la paciente			
<input type="checkbox"/> Paciente de 13 años o menor <input type="checkbox"/> Paciente discapacitado <input type="checkbox"/> Paciente de 14 a 17 años <input type="checkbox"/> Paciente ha fallecido			

(1) Ley de Portabilidad y Responsabilidad 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.