

FORMULARIO APROBADO  
 OMB No. 0935-0118  
 Fecha de vencimiento: 9/30/2026

**FORMULARIO DE  
 AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN DE LAS FACTURAS Y ARCHIVOS MÉDICOS  
 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 todos los servicios médicos que se me han prestado durante el período entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2025. Este formulario de autorización cubre toda la atención recibida en su institución durante este período, incluyendo tratamientos para la salud mental, el alcoholismo, la drogadicción, las enfermedades venéreas, el VIH, el SIDA, o la anemia drepanocítica o de células falciformes. También cubre la atención recibida durante el mismo período de parte de cualquier proveedor médico asociado con su institución o que me dio tratamiento en su institución.

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.

Entiendo que el Departamento de Salud y Servicios Humanos y sus contratistas utilizarán esta información para complementar la que ya he facilitado para el estudio de MEPS sobre el uso y los gastos del cuidado 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 de Privacidad y el artículo 308(d) de la Ley del Servicio de Salud Pública [42 U.S.C. 299c-3(c) y 42 U.S.C. 242m(d)]. Protege la confidencialidad de las respuestas a esta encuesta el artículo 944(c) de la Ley del Servicio de Salud Pública. No se divulgará información que me pudiera identificar a salvo que yo haya dado mi consentimiento a tal divulgación.

Autorizo que el estudio use la información que he dado durante la encuesta para ayudarlo 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 mis registros \_\_\_\_\_

**D.** 4. \_\_\_\_\_ 5. Fecha en que firmó \_\_\_\_\_  
 Firma del/de la paciente – firme si su edad es 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. \_\_\_\_\_ 9. Razón por la que firma el padre/madre, tutor, testigo o apoderado:  
 Relación del firmante con el/la paciente

Paciente de 13 años o menor       Paciente discapacitado  
 Paciente de 14 a 17 años       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.

Se calcula que el promedio de tiempo necesario para esta recolección de información es de 3 minutos por respuesta, el tiempo necesario para responder a la encuesta. Una agencia no puede realizar ni patrocinar una recolección de información y una persona no está obligada a responder a dicha recolección a menos que esta tenga un número OMB vigente. Esta recolección de información es voluntaria. Los datos que proporcione ayudarán a la misión de la AHRQ de producir evidencia para hacer que el cuidado de salud sea más seguro, de mayor calidad, más accesible, al alcance de todos y más económico. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo necesario o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias sobre cómo reducirlo a AHRQ Reports Clearance Officer Attention: PRA, Paperwork Reduction Project (OMB control number 0935-0118) AHRQ, 5600 Fishers Lane, Room # 07W42, Rockville, MD 20857 o por correo electrónico a [REPORTSCLEARANCEOFFICER@ahrq.hhs.gov](mailto:REPORTSCLEARANCEOFFICER@ahrq.hhs.gov).