

# Uso Solicitado o Divulgación de Información Médica Protegida Potencialmente Relacionado con la Atención de la Salud Reproductiva

*NOTA: Se debe completar el formulario completo para que la certificación sea válida.*

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre

Fecha de Nacimiento

Dirección Ciudad, Estado, Código Posta

Dirección de Correo Electrónico

Teléfono

**1. Nombre de la(s) persona(s) o identificación específica de la clase de personas que recibirán la información.**

*Ejemplo: Nombre del investigador y/o agencia que realiza la solicitud*

**2. Nombre u otra identificación específica de la persona o clase de personas a quienes solicita el uso o divulgación.**

*Ejemplo: Nombre de la entidad cubierta o socio comercial que mantiene la información médica protegida y/o nombre del miembro de su fuerza laboral que maneja las solicitudes de información médica protegida.*

**3. Descripción de la información médica protegida específica solicitada, incluidos los nombres de las personas, se es posible, o una descripción de la clase de personas cuya información médica protegida está solicitando.**

*Ejemplo: Resumen de la visita de [nombre de la persona] en [fecha]; lista de personas que obtuvieron [nombre del medicamento recetado] entre [intervalo de fechas]*

**4. Doy fe que el uso o divulgación de información de salud protegida que estoy solicitando no tiene un propósito prohibido por la Regla de Privacidad de HIPAA en 45 CFR 164.502 (A)(5)(iii) debido a uno de los siguientes (marque una casilla):**

El propósito del uso o divulgación de información de salud protegida no es investigar ni imponer responsabilidad a ninguna persona por el mero acto de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva ni identificar a ninguna persona para tales fines.

El propósito del uso o divulgación de información de salud protegida es investigar o imponer responsabilidad a cualquier persona por el mero acto de buscar, obtener, brindar o facilitar atención de salud reproductiva, o identificar a cualquier persona para tales propósitos, pero la salud reproductiva La atención en cuestión no era legal en las circunstancias en que se proporcionó.

**Entiendo que puedo estar sujeto a sanciones penales de conformidad con 42 U.S.C. 1320d-6 si, a sabiendas y en violación de HIPAA, obtengo información de salud de identificación individual relacionada con un individuo o revelo información de salud de identificación individual a otra persona.**

Firma de la Persona Solicitando la información

Fecha

*Si firmó como representante de la persona que solicita la PHI, proporcione una descripción de su autoridad para actuar en nombre de esa persona.*

Nombre de Representante Autorizado

Relación al Paciente

*Este documento de certificación puede proporcionarse en formato electrónico y firmarse electrónicamente por la persona que solicita información de salud protegida cuando la firma electrónica es válida según las leyes federales y estatales aplicables.*