



Albany Community Health Clinic  
 (307) 766-3313  
 1174 North 22nd Street | Laramie, WY 82072

UW Family Medicine  
 (307) 234-6161  
 1522 E. A St. | Casper, WY 82601

UW Family Medicine  
 (307) 632-2434  
 820 E. 17<sup>th</sup> St. | Cheyenne, WY 82001

**Educational Health Center of Wyoming**  
**Formulario de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 3.2C**  
**Reconocimiento del paciente**  
**Autorización para el uso y divulgación de información de salud protegida**

Entiendo que:

1. Se me ha brindado la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad del Educational Health Center of Wyoming ("EHCW") y he tenido la oportunidad de formular cualquier pregunta que pueda tener.
2. Firmar esta autorización es totalmente voluntario, puedo negarme a firmar esta autorización.
3. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios posiblemente no sean una condición para firmar esta autorización.
4. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito; si elijo hacerlo, mi revocación no tendrá ningún efecto sobre las medidas tomadas antes de que EHCW reciba mi revocación.
5. Si el solicitante o el receptor de mi Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI) no es un plan de salud ni un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las normas federales de privacidad y se vuelva a divulgar.
6. Entiendo que recibiré una copia del formulario después de firmarlo; o si elijo no firmarlo.

Nombre del paciente:	
Fecha de nacimiento:	Número(s) telefónico(s):
<p>Responda las siguientes preguntas para ayudarnos a entender su preferencia con respecto a cómo EHCW debe comunicarse con usted. Marque con un círculo <b>Sí</b> o <b>No</b> en cada una de las siguientes preguntas.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. EHCW puede llamarme a los números de teléfono especificados anteriormente por razones tales como recordatorios de citas, discusiones sobre seguros médicos y motivos relacionados con mi atención clínica, incluidos los resultados de pruebas de laboratorio, entre otros. <b>[Sí] o [No]</b></li> <li>2. EHCW puede llamar a mi oficina o lugar de empleo por razones tales como recordatorios de citas, discusiones sobre seguros médicos y motivos relacionados con mi atención clínica, incluidos los resultados de exámenes de laboratorio, entre otros. <b>[Sí] o [No]</b></li> <li>3. Con mi consentimiento, EHCW puede enviar por correo a mi hogar cualquier artículo que ayude a EHCW en el tratamiento, pago y operaciones para mi atención médica. Ejemplos de lo anterior pueden incluir tarjetas recordatorias de citas y estados de cuenta <b>[Sí] o [No]</b></li> <li>4. Si no estoy en casa cuando EHCW intente llamarme, EHCW puede dejar un mensaje en mi contestador automático por razones tales como recordatorios de citas, discusiones sobre seguros médicos y motivos relacionados con mi atención clínica, incluidos los resultados de exámenes de laboratorio, entre otros. <b>[Sí] o [No]</b></li> </ol>	

5. Si no estoy en casa cuando EHCW me llame, o si soy incapaz de hablar por mí mismo, EHCW puede comunicarse con uno de los miembros de mi familia o amigo(s) para informarles. [Sí] o [No]	
6. Si lo desea, especifique algún/algunos miembro(s) de la familia o amigo(s) en particular, con quien desea compartir su PHI. Proporcione su información de contacto a continuación. [Sí] o [No]	
<b>Autorización del paciente</b>	
Autorizo al Centro de Salud Educativo de Wyoming a divulgar mi información a las siguientes personas (indique los nombres y direcciones completos):	
Nombre del miembro de la familia o amigo en letra de imprenta	Número de teléfono del miembro de la familia o amigo
Dirección (número de calle, ciudad y código postal del miembro de la familia o amigo)	
Parentesco con el miembro de la familia o amigo	Fecha de nacimiento del miembro de la familia o amigo
<b>Para fines de divulgación</b>	
La presente autorización caducará en la siguiente fecha o evento enumerados a continuación. Si no especifico una fecha de vencimiento, el formulario caducará un año a partir de la fecha de la firma.	
<b>Reconocimiento del paciente</b>	
He leído la información de arriba. Autorizo la divulgación de mi información de salud protegida como se establece.	
Firma:	Fecha:
Nombre del testigo en letra de imprenta:	Firma del testigo:

**Formulario aprobado  
por:**

\_\_\_\_\_  
Comisión del Educational Health Center of Wyoming - Nombre  
en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
**Firma:**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
Dr. David Jones; Director General (CEO) Interino de  
EHCW - Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
**Firma:**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Diciembre 2016