

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE EE. UU.  
Administración de Servicios y Recursos de Salud  
Programa de Compensación por Lesiones Causadas por Contramedidas

## AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

**FAVOR DE RELLENAR TODAS LAS SECCIONES CORRESPONDIENTES, FIRMAR Y FECHAR**

<b>I. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b> ( <i>persona lesionada por la contramedida</i> ) <b>PATIENT IDENTIFICATION</b> (Injured Countermeasure Recipient)	<b>FOR OFFICIAL CICP USE ONLY</b> <b>CICP No.</b> _____	
NOMBRE ( <i>Apellido</i> ) <i>NAME</i> (Last)	( <i>Nombre</i> ) (First)	( <i>ISN</i> ) (MI)
DIRECCIÓN <i>ADDRESS</i>		
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL <i>CITY/STATE/ZIPCODE</i>	FECHA DE NACIMIENTO <i>DATE OF BIRTH</i>	
<b>II.</b> _____ Representante personal, si corresponde, de la persona lesionada por la contramedida/paciente en la Sección I (p. ej., padre de un menor o tutor, administrador del patrimonio) <i>Personal Representative, if applicable, for injured countermeasure recipient/ patient in section I</i> (e.g. parent of a minor or guardian, administrator for estate)		
<b>III. La información será divulgada por:</b> <b>The information is to be disclosed by:</b>	<b>Y se proporcionará a:</b> <b>And is to be provided to:</b>	
Nombre de la instalación/proveedor <i>Name of Facility/Provider</i>	U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration Countermeasures Injury Compensation Program 5600 Fishers Lane, Room 08N146B Rockville, MD 20857	
Dirección <i>Address</i>		
Ciudad/Estado/Código postal <i>City/State/Zip Code</i>		
<b>IV. La información del expediente médico del paciente que será divulgada, como se identifica en la Sección I (<i>marque el recuadro o recuadros apropiados</i>). The information to be disclosed from the patient's, as identified in section I, health record (check appropriate box(es)).</b>		
<input type="checkbox"/> Todos los expedientes médicos desde _____ hasta el presente ( <i>vea la fecha apropiada en las instrucciones</i> ) <i>Entire medical records from (Date) to the present (see instructions for appropriate date)</i>		
<input type="checkbox"/> Solo información (p. ej., expedientes médicos) relacionada con ( <i>especifique la lesión o la causa de fallecimiento</i> ) _____ <i>Only information (e.g. medical records) related to (specify injury or cause of death)</i>		
<input type="checkbox"/> Otra ( <i>especifique, p. ej., cobertura del seguro, facturación, etc.</i> ) _____ <i>Other (specify, e.g., insurance coverage, billing, etc.)</i>		
El propósito o la necesidad de esta divulgación es determinar la elegibilidad para recibir beneficios del Departamento de Salud y Servicios Humanos, la Administración de Recursos y Servicios de Salud, el Programa de Compensación por Lesiones Causadas por Contramedidas (CICP). Esta información se podría usar para ciertos propósitos de investigación médica cuando sean congruentes con los propósitos para los cuales se formó el CICP; p. ej., recopilar y compartir datos anonimizados sobre los eventos adversos de las contramedidas. <i>The purpose or need for this disclosure is to determine eligibility for benefits from the U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Countermeasures Injury Compensation Program (CICP). This information may be used for certain medical research purposes when consistent with the purposes for which the CICP was formed, e.g., gathering and sharing de-identified data regarding countermeasures adverse events.</i>		

**V. Entiendo que podría revocar esta autorización por escrito en cualquier momento comunicándome con mi instalación/proveedor, excepto al grado que ya se hayan emprendido acciones en virtud de esta autorización. Si esta autorización no se ha revocado, terminará en un año a partir de la fecha de mi firma, a menos que se indique una fecha o evento de vencimiento diferente.**

*I understand that I may revoke this authorization in writing at any time by contacting my facility/provider, except to the extent that action has been taken in reliance on this authorization. If this authorization has not been revoked, it will terminate one year from the date of my signature unless a different expiration date or expiration event is stated.*

*(Ingrese la fecha de terminación o de vencimiento si no es un año después de la fecha indicada abajo)*

*(Enter Date of Termination or Expiration if different from one year after date below)*

<b>VI. FIRMA DEL PACIENTE</b> <i>SIGNATURE OF PATIENT</i>	<b>FECHA</b> <i>DATE</i>
<b>VII. FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL (si corresponde)</b> <i>SIGNATURE OF PERSONAL REPRESENTATIVE (if applicable)</i>	<b>FECHA</b> <i>DATE</i>
<b>VIII. FIRMA DEL TESTIGO (si la firma es una huella dactilar del pulgar o una marca, o si lo dispone la ley estatal)</b> <i>SIGNATURE OF WITNESS (if signature is thumbprint or mark, or if State law)</i>	<b>FECHA</b> <i>DATE</i>

El consentimiento para autorizar la divulgación de los expedientes es voluntario, y el proveedor o proveedores médicos no pondrán como condición el tratamiento a la firma de la persona para autorizar el uso o la divulgación de la información médica. Esta información está sujeta a divulgarse para los propósitos establecidos en la Sección IV, y no puede ser usada por el destinatario para ningún otro propósito, a menos que lo permitan las leyes federales. Entiendo que la información divulgada según esta autorización, excepto los expedientes de uso de alcohol y farmacodependencia del paciente como se define en 42 CFR Parte 2, podría quedar sujeta a redivulgación por parte del destinatario, y podría ya no estar protegida por la Regla de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act*) (45 CFR Parte 164) y la Ley de Privacidad de 1974 (5 USC 552a).

*Consenting to this authorization of disclosure of records is voluntary and health provider(s) shall not condition treatment upon the individual's signature of such authorization for use or disclosure of health information. This information is subject to release for the purposes stated in Section IV and may not be used by the recipient for any other purpose unless permitted by federal law. I understand that information disclosed by this authorization, except for alcohol and drug abuse patient records as defined in 42 CFR Part 2, may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by the Health Insurance Portability and Accountability Act Privacy Rule (45 CFR Part 164), and the Privacy Act of 1974 (5 USC 552a).*

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
Administración de Servicios y Recursos de Salud  
Programa de Compensación por Lesiones Causadas por Contramedidas

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

**DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD**

La Sección 319F-4 de la Ley de Servicio de Salud Pública (Public Health Service Act, PHS), la Ley Pública 109-148 (42 U.S.C. 247d-6e) y la Ley de Mejoramiento del Cobro de Deudas de 1996 (Debt Collection Improvement Act of 1996) autorizan la recopilación de esta información. Se usará para determinar su derecho a recibir beneficios. Esta información se divulgará al Departamento de Salud y Servicios Humanos y a sus consultores; y a las agencias de ejecución de la ley locales, estatales y federales, si el gobierno se entera de una posible violación de la ley civil o penal; y para ciertos propósitos de investigación médica cuando sean congruentes con los propósitos para los cuales se formó el Programa; esto es, para tomar determinaciones sobre las presuntas asociaciones a lesiones causadas por contramedidas cubiertas, y para compensar a las personas lesionadas por contramedidas cubiertas. El suministro de la información en este formulario, incluido el número de seguro social, es voluntario, pero si no se proporciona dicha información, se podría demorar o evitar el recibo de un pago. La información recopilada se mantendrá confidencial en virtud de la Ley de Privacidad, 5 USC Sección 552a, según enmiendas.

**DECLARACIÓN SOBRE LA CARGA PÚBLICA**

Declaración sobre la carga pública: El propósito de esta recopilación de datos es obtener información que permita al Secretario de Servicios Humanos y de Salud determinar si los solicitantes son elegibles para recibir beneficios del Programa de Compensación por Lesiones Causadas por Contramedidas (CICP). Los solicitantes (o sus representantes) deben proporcionar al CICP los formularios apropiados y los expedientes médicos relevantes como se especifica en la Sección 42 CFR 110.50-110.53. Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no tiene obligación de responder, a una solicitud de recopilación de información a menos que exhiba un número de control OMB actualmente válido. El número de control OMB para la recopilación de esta información es 0915-0334 y es válido hasta el 03/31/2023. Esta recopilación de información se requiere para obtener o retener un beneficio (42 CFR Parte 110). El acceso a estos expedientes está estrictamente limitado a usuarios autorizados que conocen sus responsabilidades en virtud de la Ley de Privacidad, y a quienes se requiere que tengan medidas de seguridad con respecto a estos expedientes según esta ley. El Aviso del sistema de registros de los programas de compensación de lesiones, HHS/HRSA/HSB, N.º de sistema 09-15-0056, identifica a los usuarios autorizados. Se calcula que la carga pública del informe de esta recopilación de información es un promedio de 3.5 horas por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, y completar y revisar la recopilación de información. Envíe sus comentarios referentes a este cálculo o de cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga a HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 14N136B, Rockville, Maryland, 20857 o [paperwork@hrsa.gov](mailto:paperwork@hrsa.gov).

**Instrucciones para rellenar la AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR  
INFORMACIÓN MÉDICA de HRSA**

Típe o escriba legiblemente con letra de imprenta en todos los campos usando tinta de color oscuro

Sección I – Proporcione el nombre, la dirección y la fecha de nacimiento de la persona lesionada por la

contramedida.

Sección II – Proporcione el nombre del representante personal, como el padre de un menor, o un tutor, o un abogado, si corresponde. Si no hay un representante personal, la Sección II se debe dejar en blanco.

Sección III – Proporcione el nombre y la dirección de la instalación o del proveedor que divulga la información. Esta es la instalación o el proveedor de servicios médicos de la persona lesionada por la contramedida.

Sección IV – Marque el recuadro apropiado según corresponda. El CICP indicará los expedientes que se necesitan.

- 1. El expediente médico completo – el expediente médico completo de la instalación o proveedor identificado, desde un (1) año antes de la administración o uso de la contramedida cubierta que pudo haber causado la lesión. Favor de ingresar esta fecha.**
- 2. Solo información relacionada con – especifique si se trata de un diagnóstico, lesión, operaciones, terapia especial, etc., dentro de un intervalo de fechas específico. (Solo rellene esta sección si el CICP así lo indica.)**
- 3. Otros (especifique) – por ejemplo, cobertura del seguro, facturación, etc. (solo rellene esta sección si el CICP así lo indica).**

Sección V – El solicitante podría revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al Departamento de Administración de la Información de Salud (expedientes médicos) [Health Information Management (Health Records) Department] de la instalación/proveedor de la Sección III. Si se desea una fecha de vencimiento diferente, especifique una fecha nueva. Podría considerar dar una fecha de más de un año si tiene una solicitud de compensación por una lesión cubierta por el CICP pendiente que no se ha resuelto o que podría no resolverse pronto.

Sección VI – El paciente (esto es, la persona lesionada por la contramedida) firma y fecha el formulario aquí.

Sección VII – Un representante personal (p. ej., padre, tutor legal, carta poder, etc.), si se ha designado uno, firma y fecha el formulario aquí.

Sección VIII – Un testigo firma y fecha el formulario aquí, si es necesario (por ejemplo, si la firma del paciente es una huella dactilar del pulgar o una marca, o si lo dispone la ley estatal).

**Envíe una copia del formulario relleno a la instalación/proveedor identificado**, y, al mismo tiempo, envíe por correo postal una copia del formulario relleno al CICP a la siguiente dirección:

Health Resources and Services Administration  
Countermeasures Injury Compensation Program  
5600 Fishers Lane, 8N146B  
Rockville, MD 20857

Si tiene preguntas comuníquese al CICP llamando al:

1-855-266-2427 (855-266-CICP); o en  
[HRSA.gov/CICP](https://www.hrsa.gov/CICP)