

## CERTIFICACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA

*El formulario debe ser completado para que la certificación sea válida.*

Nombre de la(s) persona(s) o identificación específica de la clase de personas que recibirán PHI solicitada.
Nombre u otra identificación específica de la persona o clase de personas de las que solicita el uso o la divulgación.
Descripción específica de PHI solicitada, incluyendo el nombre de la(s) persona(s), si es posible, o la descripción de la clase de personas cuya información de salud protegida está solicitando.

Doy fe de que el uso o la divulgación de PHI que solicito no es para un fin prohibido por la Norma de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés) 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 hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva o identificar a cualquier 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 hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar la atención de la salud reproductiva, o identificar a cualquier persona para tales fines, no obstante, la atención de la salud reproductiva en cuestión **no era legal** en las circunstancias en las que se proporcionó.

Entiendo que puedo estar sujeto a sanciones penales de conformidad con 42 U.S.C. 1320d-6 si conscientemente y en violación de HIPAA obtengo información de salud de identidad personal relacionada con un individuo o divulgo información de salud de identidad personal a otra persona.

*Firma de la persona que solicita PHI*

*Fecha*

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

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