

Autorización para Usar o Divulgar Información Protegida sobre Salud

Por la presente autorizo a _____ para usar o divulgar la siguiente información de los registros de salud de la persona cuyo nombre se indica a continuación.

Favor de escribir en letra de imprenta:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____
(ciudad) (estado) (código postal)

Número de teléfono _____ N° de Seguro Social _____

Autorizo a _____ para divulgar información médica, mental, sobre abuso de alcohol y/o drogas, pruebas de VIH (virus de inmunodeficiencia humana), SIDA, trastornos de la alimentación o cualquier otra información médica de carácter confidencial a las siguientes personas u organización(es):

Nombre: _____

Dirección: _____
(ciudad) (estado) (código postal)

- Esta información cuya divulgación autorizo será usada para el siguiente propósito:

Descripción: _____

Fechas de servicio a divulgarse: _____

La información que ha de ser usada o divulgada es del siguiente tipo (marque las casillas pertinentes e incluya información adicional donde se indique)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sinopsis | <input type="checkbox"/> Resumen de alta médica |
| <input type="checkbox"/> Historial y registros sobre el estado físico | <input type="checkbox"/> Registros quirúrgicos |
| <input type="checkbox"/> Informes de evolución | <input type="checkbox"/> Registros de consultas |
| <input type="checkbox"/> Resultados de análisis de laboratorio/Rayos X e imágenes diagnósticas | |
| <input type="checkbox"/> Otro: (favor de describir): _____ | |

Entiendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de seguro médico o proveedor de atención médica, la información divulgada puede no estar protegida por los reglamentos de privacidad Federales. Entiendo que no es necesario que firme esta autorización para garantizar el tratamiento. Esta autorización tendrá validez durante seis meses a partir de la fecha de la firma a continuación.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, deberé hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento o las instalaciones indicados en la misma. Entiendo que la revocación no será pertinente a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a la presente autorización. Entiendo que la revocación no será pertinente a mi compañía aseguradora cuando las leyes otorguen a ésta el derecho de impugnar una reclamación de conformidad con mi póliza.

Firmado _____ Fecha _____

Paciente o Persona Autorizada, Padre/Madre () Tutor Legal () Albacea Testamentario () Poder Legal ()

Testigo _____ Fecha _____

Copiado por: _____ Fecha: _____ Páginas copiadas: _____