

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Yo _____ autorizo
 Escriba por favor – Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Número telefónico _____

Para enviar información a:

ESCRIBA POR FAVOR – Nombre de la agencia, oficina o centro médico

Dirección

Para recibir información de:

ESCRIBA POR FAVOR – Nombre de la agencia, oficina o centro médico

Dirección

INICIALES junto a la información a divulgar:

Medico		Dental		Salud Mental		Ginecologia	
Expediente Completo		Expediente Completo		Expediente Completo		Expediente Completo	
Resumen del paciente		Resumen del paciente		Resumen del paciente		Resumen del paciente	
Notas de evolución clínica		Nota de procedimiento		Evaluación Diagnóstica Inicial		Notas de evolución clínica	
Examen físico		Rayos X		Evaluación Siquiátrica		Examen anual	
Resultados de laboratorio				Planificación del tratamiento		Resultados de laboratorio	
Informes de diagnóstico por imágenes				Notas de evolución clínica		Informes de diagnóstico por	
Inmunizaciones				Resumen de alta		Resultados del Papanicolaou	

Fecha de tratamiento: Todas fechas *o* Fechas De: _____ A: _____

Otra información específica que se divulgará _____

¿Alguna información que NO desee divulgar? _____

INICIALES junto a cada elemento a continuación si autoriza específicamente la divulgación de información médica relacionada con las pruebas, el diagnóstico o el tratamiento para:

VIH/SIDA		Trastornos por uso de sustancias		Trastornos psiquiátricos/salud mental	
----------	--	----------------------------------	--	---------------------------------------	--

Esta información será divulgada con el siguiente propósito (cualquier otro uso está prohibido)

- Discapacidad
 Legal
 Mudarse fuera del estado
 Atención especializada
 Para obtener tarjeta de Seguro Social
 Personal
 Transferring to New PCP
 Other: _____

- Entiendo que los registros que se divulgarán pueden contener información relacionada con el VIH, psiquiatría, tratamiento por abuso de drogas o alcohol, y pueden contener otra información confidencial. Entiendo que la confidencialidad de dichos registros está protegida por las leyes estatales y federales y no se pueden divulgar sin mi autorización, a menos que la ley disponga lo contrario.
- Entiendo que negarme a otorgar el consentimiento para divulgar información no pondrá en peligro mi derecho a obtener tratamiento, pago o elegibilidad para recibir beneficios, excepto cuando la divulgación sea necesaria para el tratamiento.
- También entiendo que este consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento mediante la firma en la sección "CANCELACIÓN/REVOCACIÓN" a continuación, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en base a ello. La ley federal establece que una vez que se firma un comunicado de libertad condicional, no se puede revocar. La ley federal puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no proteger la información divulgada por esta institución. 42 CFR parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.
- Esta Autorización vencerá en 180 días después de la fecha que aparece a continuación o 180 días después del tratamiento final del paciente.

Fecha: _____ Firma: _____ Relación: _____

Paciente/Cliente o Representante legal autorizado/Tutor

Fecha: _____ Firma: _____ Relación: _____

Testigo

CANCELACIÓN/REVOCACIÓN: _____ Fecha: _____

Firma del paciente/cliente/representante legal autorizado