

Por la presente autorizo a _____
 Entidad o persona **de quien** se solicitan los expedientes Dirección

_____ Teléfono Fax Ciudad Estado Código postal
 a divulgar la información médica sobre mi persona que puede identificarme como se describe a continuación, que puede incluir información sobre enfermedades contagiosas como la del virus de inmunodeficiencia humana (“VIH”) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (“SIDA”), enfermedades mentales (excepto las notas de psicoterapia), dependencia a sustancias químicas o alcohol, resultados de análisis de laboratorio, historial médico, tratamientos o cualquier otra información relacionada. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Entiendo además que mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados si firmo este formulario.

Comprendo que si el receptor autorizado a recibir la información no es una entidad cubierta, p. ej., una compañía de seguro médico o un proveedor que no preste atención médica, es posible que la información revelada no esté protegida por los reglamentos de privacidad federales y estatales.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) Fecha de nacimiento Número de seguro social

Dirección del paciente (ciudad, estado y código postal) Número de teléfono

Fecha(s) específica(s) de servicio (si se conocen) Todas las fecha de servicio

Información que se divulgará: (Marque todas las que correspondan)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Expedientes médicos completos | <input type="checkbox"/> Informes/placas de radiología | <input type="checkbox"/> Registros de inscripción | <input type="checkbox"/> Registros de facturación |
| <input type="checkbox"/> Visitas/interacciones médicas | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes de consultas | <input type="checkbox"/> Sala de emergencias |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Registros operativos | <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

Descripción del objetivo del uso o de la divulgación:

La información médica antes mencionada **se divulgará a:**

Categoría: Hospital Médico Compañía de seguro Abogado Paciente Otro _____

Nombre de la persona o entidad (en letra de imprenta) Número de teléfono

Dirección (Ciudad, estado y código postal) Número de fax

Método de entrega: Dirección postal Fax Obtención personal de expedientes Otro _____

Entiendo que esta autorización vencerá por ley al cabo de 180 días de la fecha de esta autorización a menos que lo especifique de otra manera. Deseo que esta autorización entre en vigor hasta el _____ (Fecha/suceso de vencimiento).

Entiendo además que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándoselo por escrito a este consultorio. Comprendo también que la notificación escrita debe estar firmada y fechada con una fecha posterior a la fecha en esta autorización. La revocación no surtirá ningún efecto sobre las medidas que se tomaron antes de haber recibido la revocación por escrito.

Firma del paciente, padre/madre o tutor legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente, padre/madre o tutor legal

Relación con el paciente

Autoridad legal (Adjunte los documentos justificantes)
 Otro externo