

Patient Label

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

1) INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento	No. de Teléfono durante el día		Nombre(s) Anterior(es)	

2) AUTORIZO A:

Nombre del Proveedor de Atención Médica/Plan/Otro		
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">Dirección</td> <td style="width: 30%;">No. de Fax del Proveedor de Atención Médica</td> </tr> </table>	Dirección	No. de Fax del Proveedor de Atención Médica
Dirección	No. de Fax del Proveedor de Atención Médica	

3) PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A:

- A mí, Opciones de Entrega:
 Recoger
 Enviar a la dirección de arriba
 Ver en establecimiento
 Formato Electrónico
 Ser recogida por, Por este medio autorizo a _____ a recoger mi expediente. (Se requiere ID con Foto)

Enviar a: _____
 Nombre del Proveedor de Salud/Plan/Otro

4) FECHA(S) DE INFORMACIÓN A SER DIVULGADA: Desde _____ al _____ Si lo deja en blanco, solamente se divulgará la información de los últimos dos (2) años.
(Mes/Año) (Mes/Año) Nota: Las fechas futuras no son válidas

5) INFORMACIÓN A SER DIVULGADA:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de expediente/Pertinente | <input type="checkbox"/> Historial y Físico | <input type="checkbox"/> Resumen al Dar de Alta |
| <input type="checkbox"/> Reporte de Depto. de Emergencias | <input type="checkbox"/> Reportes de Consulta | <input type="checkbox"/> Reportes Operativos |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología/Imagen | <input type="checkbox"/> Laboratorio/Patología | <input type="checkbox"/> ECG |
| <input type="checkbox"/> Radiografías/CD de Radiología/Imagen | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso _____ | <input type="checkbox"/> Reportes de Depto. de Cobranza _____ |
- Especifique los expedientes y/o la siguiente información: _____

YO NO QUIERO QUE SE DIVULGUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN (como se define por las leyes federales y estatales):

- Abuso de Alcohol/Drogas
 Resultados de prueba de VIH
 Discapacidades de Desarrollo/Salud Mental

6) VENCIMIENTO: Esta autorización es válida hasta la siguiente fecha/evento: _____
 O si se deja en blanco la autorización se vencerá en (1) año a partir de la fecha firmada.

7) RAZÓN (marque las que apliquen-cobros por copias pueden aplicar):
 Lo solicita el paciente
 Continuación de Atención
 Investigación/Acción Legal
 Elegibilidad/Beneficios de Seguro Médico
 Otro: _____

8) SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN: Yo entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y/o recibir una copia de la información de salud que he autorizado para ser utilizada y/o revelada por esta Autorización. Entiendo que si estoy de acuerdo en firmar esta autorización, se me proveerá con una copia de la misma. Entiendo que se me puede cobrar una cuota por las copias. Entiendo que estoy bajo ninguna obligación de firmar este formulario. El tratamiento, pago de inscripción o elegibilidad para beneficios no se pueden basar en mi decisión para firmar esta autorización. La autorización puede ser necesaria para liberar la información a los contribuyentes para ciertos servicios de salud mental y/o pruebas de VIH. Si me niego a firmar el formulario de autorización para este fin entiendo que puedo ser responsable de pagar toda la factura por estos servicios. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al departamento de información médica de pagos, como se indica anteriormente, por escrito. Sin embargo, entiendo que mi revocación no será efectiva en cuanto a usos y/o divulgaciones: (1) ya realizadas en función de esta autorización; o (2) que se necesitan para una aseguradora impugne una reclamación/Política como ha sido autorizado por la ley, si al firmar la autorización era una condición para obtener la cobertura del seguro. Entiendo que la información utilizada y/o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no está protegida por la ley federal de privacidad.

9) FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL: _____ Fecha: _____
 Complete lo siguiente si es firmado por una persona que no sea el paciente:

- 1) La persona es: menor de edad Incompetente o discapacitado legalmente Falleció
 2) Autoridad Legal: padres* guardián legal PN Activado para Atención Médica familiar cercano/ejecutor del fallecido

*Al firmar arriba, Por este medio declaro que no ha sido negado lugar físico de este niño.

OFFICE USE ONLY: Signature/ID verified: Yes No Date/Time Released: _____
 # of pages released: _____ Completed by: _____ Medical Record Number: _____

