

Autorización para la divulgación de información de salud

() Hospital () Consultorio médico (especificar el médico) () Ambos

Por el presente autorizo a _____ para que divulgue información médica de los expedientes de:
(Nombre del centro u oficina)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Núm. de Seguro Social: ____-____-____

Dirección completa del paciente y número de teléfono: _____

Información a divulgarse (marque todas las opciones aplicables que se divulgarán):

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Expediente de la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Notas de evolución | <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Instrucciones para el alta | <input type="checkbox"/> Informes radiológicos | <input type="checkbox"/> Registros de medicinas | <input type="checkbox"/> Documentos de internamiento |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica y exámenes | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Órdenes de médicos | <input type="checkbox"/> Pruebas del VIH |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Estudios electrocardiográficos | <input type="checkbox"/> Notas de enfermería | <input type="checkbox"/> Otras (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico | <input type="checkbox"/> Notas de terapias | | |

Fecha(s) del tratamiento solicitado _____

El propósito o la necesidad de esta divulgación es:

- () Continuación del cuidado médico () Cobertura de seguro () Legal () Uso por el paciente () Otro _____

La información puede divulgarse a

Nombre del destinatario: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Núm. de teléfono: _____ Núm. de fax: _____

El que me niegue a firmar este formulario no perjudicará mi capacidad de recibir servicios de cuidado de la salud, el reembolso de servicios, la inscripción en un plan de salud o mi elegibilidad para beneficios de salud. Sin embargo, la información no se divulgará al destinatario antes mencionado sin mi firma.

Reconozco que el destinatario podría a su vez divulgar la información divulgada de conformidad con esta autorización y esta información ya no estaría protegida por las leyes federales.

Tengo el derecho de revocar esta autorización por medio de un aviso por escrito al profesional de salud antes indicado. Comprendo que las medidas tomadas sobre la base de esta autorización no podrán cambiarse, y la revocación por mi parte no afectará estas medidas.

Esta autorización se vence el: _____ o cuando ocurra lo siguiente: _____
(Fecha)

(Si no se especifica una fecha o evento, esta autorización se vencerá un año después de la fecha en que se firmó).

Comprendo que la información en mis expedientes médicos puede incluir información relacionada con el tratamiento del abuso de drogas o alcohol, salud mental, enfermedades transmitidas sexualmente, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el complejo relacionado con el SIDA y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Costos: Comprendo y acepto que puede haber costos asociados con esta solicitud de conformidad con las reglas del estado para la reproducción.

(Firma del paciente o de su representante personal*)

(Fecha de la firma)

(Testigo)

Núm. de licencia de conducir

*Si un representante personal está firmando, a continuación se ofrece una descripción de la autoridad del representante para desempeñarse como tal: (Adjuntar prueba de documentos)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Uno de los padres | <input type="checkbox"/> (Tutor legal) | <input type="checkbox"/> Poder legal para el cuidado de la salud |
| <input type="checkbox"/> Administrador | <input type="checkbox"/> Albacea testamentario | <input type="checkbox"/> Pariente más cercano () Beneficiario |

NO PONER NINGUNA MARCA POR DEBAJO DE ESTA LÍNEA



SP1001



PATIENT AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE
OF PATIENT HEALTH INFORMATION

(Page 1 of 1)

Patient Identification (sticker or)

Name: _____

DOB: _____

Date: _____