

Autorización para Divulgar Información Protegida de Salud

Nombre completo del paciente en el momento del tratamiento: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Fecha(s) de tratamiento: _____

Propósito de la divulgación: _____

Yo autorizo al siguiente proveedor o entidad _____ para divulgar mi información de salud a:

Nombre del destinatario/proveedor: _____

Dirección del destinatario: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Portal Enviar por correo el expediente Lo recogeré Enviar por FAX (solamente al proveedor o plan de salud) Solicito una copia de esta autorización

Información Para ser Divulgada: (Por favor marque con una palomita todas las que aplican)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Factura
<input type="checkbox"/> Reportes de Citología
<input type="checkbox"/> Lista de Diagnóstico/Identificación del paciente
<input type="checkbox"/> Reportes del Departamento de Emergencia
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma/Cardiovascular
<input type="checkbox"/> Reporte de Laboratorio (clase) _____
<input type="checkbox"/> Películas de Mamografía
<input type="checkbox"/> Reportes de Terapia Ocupacional
<input type="checkbox"/> Notas de Oficina (clase) _____ | <input type="checkbox"/> Reportes de Patología
<input type="checkbox"/> Reportes de Terapia Física
<input type="checkbox"/> Dictado del Médico (clase) _____
<input type="checkbox"/> Prueba de Función Pulmonar
<input type="checkbox"/> Imágen de Radiología (clase) _____
<input type="checkbox"/> Reportes de Radiología
<input type="checkbox"/> Reportes de Terapia del Lenguaje
<input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|---|--|

1. Entiendo que si mis expedientes contienen documentación sobre abuso de alcohol, condición psiquiátrica, abuso de drogas o enfermedades contagiosas, esta información será divulgada como parte de mi informe.
2. Entiendo que si la persona o entidad que recibe esta información no está cubierta por regulaciones federales de privacidad, esta información ya no estará protegida y puede ser divulgada de nuevo.
3. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero esta revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada. Las Revocaciones deben ser enviadas a la dirección anotada en la parte superior de este formulario.
4. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi denegación a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento.
5. Entiendo que puede haber un cargo que pagar para conseguir la información solicitada. Información sobre el costo puede ser obtenida contactando el departamento de medical records que aparece en la parte superior de este formulario.
6. Entiendo que una copia o FAX de este documento es tan válido como el documento original.
7. Entiendo que esta autorización caducará en 90 días después de firmada, a menos que una fecha más temprana se especifique aquí _____.

_____ _____ _____
 Firma del Paciente o Persona Autorizada Fecha Número de Teléfono del Contacto

_____ _____
 Parentesco con el Paciente Razón por la cual el Paciente es Incapaz de Firmar

PROVIDER USE ONLY	Original to Medical Records: _____ / _____ / _____ Date	Copy to: _____ / _____ / _____ Date
	Verification Completed By: _____	