



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ #ID de Paciente: _____

INFORMACIÓN PUDIERA SER DIVULGADA POR:

Persona/Instalación: _____ # Teléfono: _____

Dirección: _____ # Fax: _____

INFORMACIÓN PUDIERA SER DIVULGADA A:

Persona/Instalación: _____ # Teléfono: _____

Dirección: _____ # Fax: _____

Otro método de comunicación: _____

AUTORIZO ESPECÍFICAMENTE LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON: (coloque iniciales por su selección)

Registros médicos generales Historia y resultados físicos Planificación familiar Enfermedades de transmisión sexual

Notas de progreso Salud mental (que no sean notas de psicoterapia) Información y tratamiento relacionados con el VIH/SIDA

Toda la información de mi salud que el proveedor tiene en su posesión, incluida información relacionada con cualquier historial médico, mental (excluyendo notas de psicoterapia) o condición física y cualquier tratamiento que yo reciba.

Notas de psicoterapia: si se seleccionan notas de psicoterapia, no se puede seleccionar ningún otro elemento. Se debe completar un formulario por separado. El uso o divulgación de notas de psicoterapia es a discreción del autor de la nota.

Informes de prueba diagnóstica (especifique tipo de prueba(s)):

Otro (especifique): _____

La información relacionada con el VIH / SIDA puede enviarse por fax

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

Continuidad de cuidado Uso personal Otro (especifique): _____

FECHA DE VENCIMIENTO: esta autorización caducará (inserte fecha o evento) _____. Entiendo que si no específico y la fecha de vencimiento o evento, esta autorización caducará doce (12) meses a partir de la fecha en que se firmó.

Aviso a Paciente:

Al firmar este formulario, nos otorga su consentimiento para divulgar su información de atención médica protegida a la(s) persona(s) mencionadas anteriormente. Nuestro **Aviso de prácticas de privacidad** brinda más detalles sobre el uso y la divulgación de su información de salud protegida para el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica. Si no hay una copia del Aviso que acompaña este formulario de Consentimiento, solicite uno. Lo alentamos a que lo lea, ya que brinda detalles sobre cómo la información sobre usted puede ser utilizada y/o divulgada y describe ciertos derechos que usted tiene con respecto a su información de atención médica. Usted comprende que la información anterior puede volver a ser divulgada por el destinatario y puede no estar protegida por las leyes o reglamentos federales de privacidad. Usted comprende que completar este formulario de autorización es voluntario y que no se le negará el tratamiento si se niega a firmar este formulario.

Tiene derecho a **revocar** su consentimiento mediante notificación por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. La revocación no afectará las acciones que ya se tomaron basándose en este Consentimiento. Tiene derecho a una copia de este **Formulario de Consentimiento** después de haberlo firmado.



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Firma de Cliente/Representante

Fecha

Nombre impreso

Relación de representante a cliente

Testigo (opcional)

Fecha