

## Autorización para Usar o Divulgar Información de Salud Protegida

Yo por la presente autorizo \_\_\_\_\_ el uso o la divulgación de la siguiente información de los registros de salud de la persona cuyo nombre se describe a continuación.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(En letra de imprenta)

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Yo autorizo **al(a los) centro(s) mencionado(s) anteriormente** a divulgar información médica, mental, sobre alcohol y abuso de drogas, pruebas de VIH (virus de inmunodeficiencia humana), SIDA, trastornos alimenticios o cualquier otra información médica de carácter sensible a las siguientes personas u organizaciones:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

La información para la cual autorizo la divulgación se utilizará para los siguientes propósitos:

Descripción: \_\_\_\_\_

Las fechas del servicio a ser divulgado: \_\_\_\_\_

El tipo de información a ser usada o divulgada es la siguiente (marque las casillas adecuadas e incluya otra información donde se indica).

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen                        | <input type="checkbox"/> Notas de progreso / Evaluación clínica |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta                | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio              |
| <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia          | <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos              |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento / Plan de servicio | <input type="checkbox"/> Otro: (por favor describa) _____       |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica        | _____   |

Yo entiendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o proveedor de cuidado de la salud, la información divulgada ya no puede ser protegida por regulaciones federales de privacidad. Entiendo que no necesito firmar esta autorización para recibir tratamiento. Esta autorización tendrá validez por seis meses desde la fecha de ser firmada en la parte de abajo.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al departamento o centro mencionado en la autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguros, cuando la ley le da a mi compañía de seguros el derecho a impugnar una reclamación bajo la póliza.


Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Paciente o persona autorizada, Padre  Tutor Legal  Ejecutor  Representante Legal

Identificación con foto verificada

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Copiado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Páginas copiadas: \_\_\_\_\_

 <p><b>AUTORIZACIÓN PARA USAR o DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA</b>          BC BH 0664AS <span style="float: right;">Rev. 5/13</span></p>	<p>P A T I E N T</p>
---	--