

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
 (AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION)

Nombre del paciente en letra de imprenta _____

Nombre anteriores, si corresponde _____

Fecha de nacimiento _____

Nº de teléfono para comunicarse durante el día _____

ENVIAR INFORMACIÓN A: (sea específico)

Nombre del Proveedor/Organización: _____

Dirección: _____

Nº de teléfono: _____ Nº de fax: _____

INFORMACION A SER DIVULGADA DE: (sea específico)

Nombre del Proveedor/Organización: _____

Dirección: _____

Nº de teléfono: _____ Nº de fax: _____

OBJETIVO DE LA DIVULGACIÓN: Transferencia de atención Para mi Especialista Otro _____ (completar)

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA:

- Registros médicos de los últimos dos años
- Resumen de información de salud
- Grupo de registros designado completo
- Otro: _____

Copia impresa Copia electrónica (CD-ROM)

Fechas de servicio: _____

Fecha de vencimiento (o evento): _____

Si el paciente es incapaz de firmar, por favor indique dicha circunstancia y la autorización para actuar de la persona que firma por el paciente. Este formulario debe tener fecha dentro de los 90 días de su recibo, y puede ser revocado en cualquier momento, siempre que la información no haya sido divulgada. Por favor consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener instrucciones acerca de cómo revocar esta autorización. No supeditaremos el tratamiento al hecho de que usted complete la autorización. Asimismo, tenga en cuenta que una vez que divulguemos esta información según sus instrucciones, la información puede ser divulgada nuevamente y ya no encontrarse protegida por las leyes de HIPAA de 1996. Reconozco haber recibido una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad. _____ (Iniciales)

Fecha/Hora _____

Firma del paciente o representante _____

Relación con el paciente _____

Mi firma a continuación específicamente autoriza la divulgación de información médica relacionada a pruebas, diagnósticos o tratamientos de:

- VirusHIV/SIDA _____
- Enfermedades de transmisión sexual _____
- Salud mental/Trastornos psiquiátricos _____
- Tratamiento por abuso de alcohol/drogas _____

Fecha/Hora _____

Firma del paciente o representante _____

Relación con el paciente _____

For Facility Use:

Date Received: _____ Date Information Released: _____ Chart #: _____

Person/ Department Sending Records: _____



MI0005