

**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