

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente _____ fecha de nacimiento ____/____/____

Teléfono: _____ Últimos cuatro números del SSN: _____

Propósito de la solicitud de información:

- Legal Seguro Personal Continuación de la atención Otro _____

Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud de la persona mencionada anteriormente como se describe a continuación.

Por la presente autorizo que los registros sean **Liberado de:**

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Registros que se van a registrar **Liberado para:**

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Método de divulgación:

- copia impresa digital correo postal recogida en la clínica médica

- correo electrónico Seguro _____

Tipo de información médica general que se divulgará

- Copia completa de todos los registros médicos
- Notas y registros médicos (limitado a dos (2) años de información y excluye otros registros protegidos)
- Resultados de pruebas de laboratorio. Especifique las pruebas y las fechas

- Informes de imágenes (radiografías, resonancias magnéticas, etc.) Sírvase especificar
dates _____
- Informes de electrocardiograma (ECG/EKG)
- Registro de vacunas y medicamentos
- Lista de problemas
- Registros operativos (procedimientos realizados en la clínica mencionada anteriormente)
- Resumen de información de salud
- Otros registros o resultados de pruebas. Sírvase especificar la información y dates _____

Si los registros que se divulgarán contienen alguno de los tipos de información que se enumeran a continuación, es posible que se apliquen leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de la información. Entiendo y acepto que esta información se divulgará **solo si pongo mis iniciales en los espacios a continuación:**

_____ Información sobre el VIH/SIDA

_____ Información sobre pruebas genéticas

_____ Información sobre salud mental

_____ Diagnóstico, tratamiento e información de referencia sobre drogas y alcohol

La divulgación de la información anterior se limita al siguiente período de tiempo o tratamiento:

Vencimiento de la autorización de liberación (obligatorio)

Esta autorización es válida por 90 días a partir de la fecha de la autorización o hasta (especificar fecha) ____/____/____ a menos que el paciente la revoque oralmente o por escrito en un momento anterior. Entiendo que puedo revocar esta autorización poniéndome en contacto con el Gerente de la Clínica en la clínica mencionada anteriormente. La única excepción es cuando la Clínica mencionada anteriormente ya ha tomado medidas basándose en la autorización o la

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro. Si firma para una persona mayor de 18 años, se debe proporcionar prueba de tutela, poder notarial o albacea testamentario.

Divulgación y Firma de Autorización (Requerida) Entiendo que no tengo que firmar esta autorización. Mi negativa a firmar esta autorización no afectará mi capacidad para recibir servicios de atención médica o reembolso por servicios, excepto en la circunstancia de que los servicios de atención médica tengan el único propósito de proporcionar información de salud a otra persona y la autorización sea necesaria para hacer esa divulgación. Entiendo que una vez que la información se divulgue de conformidad con esta autorización, el destinatario puede volver a divulgarla sin mi conocimiento o consentimiento. Sin embargo, también entiendo que las leyes federales o estatales pueden restringir la divulgación de información sobre el VIH/SIDA, información de salud mental, condiciones de drogas/alcohol o información genética.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha