

AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Autorización de Paciente para Divulgación de Información de Salud Protegida Formulario 7.31

Esta autorización permite a los proveedores de salud nombrados abajo a liberar archivos de información médica confidencial.

Nota: Información y archivos acerca de tratamiento a menores de edad, condiciones de salud mental/psiquiátrica de VIH o abuso de alcohol/sustancias tienen reglas especiales que requieren autorización específica.

Favor de imprimir toda la información. La forma debe de estar firmada y fechada cada año.

AUTORIZACION:

Yo por lo presente autorizo: _____ que libere información acerca de mi historial médico,

Medico/Nombre de Instalación Medica

enfermedad o lesión, consultación, recetas, tratamientos, diagnósticos y pronósticos, incluyendo rayos-x, correspondencia y/o archivos médicos incluyendo esos de otros proveedores de salud cual el proveedor nombrado anteriormente pueda tener, por medio de correo, fax, u otro método electrónico.

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Entidad Solicitando la Liberación de Información:

Propósito de solicitud (quien será autorizado para recibir información) - Yo autorizo a la entidad identificada anteriormente para divulgar y proveer información de salud protegida sobre mí a los individuos nombrados abajo.

Quien será autorizado para recibir información (listar los individuos/entidad cual recibirá su ISP):

Nombre de Individuo/Entidad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Descripción de información para ser divulgada - Yo autorizo a práctica para liberar información de salud protegida sobre mí a la entidad, persona, o personas identificadas anteriormente.

El archivo medico completo; o, marcar solamente los artículos del archivo para ser divulgados:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas de Oficina | <input type="checkbox"/> archivos de un medico de fuera |
| <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio | <input type="checkbox"/> archivo de prueba de VIH o enfermedad transmisible |
| <input type="checkbox"/> Rayos - X; | <input type="checkbox"/> archivo de salud mental o reporte de patología de abuso de substancia |
| <input type="checkbox"/> Reporte de historial financiero (solamente 3 años previos). | |
| <input type="checkbox"/> Solamente mandar lo siguiente: _____ | |

Propósito de divulgación (favor de marcar el propósito de la divulgación o marcar solicitud de paciente):

Solicitud de Paciente Otro (favor de especificar): _____

- Esta autorización caducará al terminar el año de la última firma abajo, a menos que especifique una terminación temprana. Usted debe renovar o presentar una nueva autorización después de la fecha de terminación para continuar la autorización. Favor de indicar la fecha si es antes de terminar el año: _____
- Usted tiene el derecho de terminar esta autorización a cualquier momento sometiendo una solicitud por escrito a nuestro Gerente de Privacidad. Terminación de esta autorización será puesta en efecto a partir de la solicitud por escrito, excepto donde la divulgación ya ha sido hecha basada en la autorización previa.
- La práctica no pone ninguna condición para firmar esta autorización para recibir cuidado de salud o tratamiento.
- Nosotros no tenemos ningún control sobre las personas que usted a nombrado para recibir su información de salud protegida. Por lo tanto, su información de salud protegida bajo esta autorización puede no estar protegida bajo los requerimientos de la Regla de Privacidad, y no serán responsabilidad de la práctica.

Firma de Paciente o Representante

Fecha

Usted tiene el derecho de recibir una copia de su autorización firmada a petición.