



## Autorización para la Divulgación de Información de Salud

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Número Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

- Autorizo el uso o la divulgación de información sobre la salud del individuo antes mencionado, según se describe a continuación.
- La siguiente persona u organización está autorizada para divulgar la información::  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
- El tipo y la cantidad de información a utilizarse o divulgarse es la siguiente: (incluir fechas donde sea apropiado)  
 Registros completos de salud       Examen Físico      \_\_\_\_\_  Registro de Vacunas  
 Resultados de laboratorios/Rayos X       Informes de Consultas  
 Otros (favor de especificar): \_\_\_\_\_
- Entiendo que la información en mi historial médico puede incluir información relacionada a enfermedades transmitidas sexualmente, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o de comportamiento y tratamiento para abuso de alcohol y drogas.
- La siguiente persona u organización puede tener acceso a esta información para su uso y conocimiento::**  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Con el propósito de: \_\_\_\_\_
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización tengo que hacerlo por escrito y presentar este documento a la administración de este Centro. Entiendo que la revocación no aplica a mi compañía aseguradora cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza. A menos que sea revocada, esta autorización no caduca.
- Si no especifico una fecha de caducidad, evento o condición, esta autorización no caduca. Entiendo que la autorización de la divulgación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información a ser utilizada o divulgada, conforme a lo dispuesto en el CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo el potencial de una divulgación posterior no autorizada y que la información puede no ser protegida por las normas federales. Si tengo preguntas con respecto a la divulgación de información sobre mi salud, puedo comunicarme con la administración de este Centro.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representate Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha