

Autorización para divulgar información de salud protegida

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Información de salud protegida (PHI) que se divulgará de:

Nombre de la entidad _____

Dirección _____ Apt. n.º _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____ Fax _____

Correo electrónico _____

_____ tiene autorización para divulgar información de salud protegida sobre el paciente mencionado anteriormente a la parte que se indica a continuación:

Nombre de la entidad _____

Dirección _____ Apt. n.º _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____ Fax _____

Correo electrónico _____

Enumere los datos o la información médica que se va a usar o divulgar:

- | |
|---|
| ☐ Registros médicos completos |
| ☐ Notas de seguimiento |
| ☐ Resultados de laboratorios y pruebas |
| ☐ Otro: |
| ☐ Notas del médico |

1. Entiendo que si mis registros contienen documentación sobre abuso de alcohol, condición psiquiátrica, abuso de drogas o enfermedades contagiosas, esta información será divulgada como parte de mi registro.
2. Entiendo que si una persona o entidad que recibe esta información no está cubierta por las normas federales de privacidad, esta información dejará de estar protegida y podrá volver a divulgarse.
3. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado. La revocación debe hacerse por escrito y enviarse a la dirección indicada en la parte superior de este formulario.
4. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi derecho a obtener tratamiento.
5. Entiendo que la obtención de la información que pido puede tener un costo. Puede obtenerse información sobre el costo poniéndose en contacto con la entidad que figura en la parte superior de este formulario.
6. Entiendo que esta información caducará un (1) año después de haberse firmado, a menos que se especifique una fecha, condición o acontecimiento anterior.

Firma del paciente/tutor legal _____

Fecha _____