

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

### Complete todas las secciones.

**Sección 1.** Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en letras de imprenta) autorizo al siguiente proveedor y/u organización de atención médica a divulgar la siguiente información médica protegida a la persona y/u organización designada para el(los) fin(es) que se indica(n) a continuación.

<p><b>Sección 2.</b> Información divulgada por:</p> <p>_____</p> <p>(Nombre del proveedor/la organización de atención médica)</p> <p>_____</p> <p>(Dirección)</p> <p>_____</p> <p>(Número de fax)                      (Número de teléfono)</p>	<p><b>Sección 3.</b> La información será recibida por:</p> <p>_____</p> <p>(Nombre de la persona u organización)</p> <p>_____</p> <p>(Dirección)</p> <p>_____</p> <p>(Número de fax)                      (Número de teléfono)</p>
<p><b>Sección 4.</b> La información que se divulgará:</p> <p><input type="checkbox"/> Historia médica</p> <p><input type="checkbox"/> Registro de facturación</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____</p> <p>_____</p>	<p><b>Sección 5.</b> La información será divulgada por:</p> <p><input type="checkbox"/> Correo _____ Fax a _____</p> <p><input type="checkbox"/> Correo electrónico _____ Teléfono a _____</p> <p><input type="checkbox"/> Será recogida por _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____</p>
<p><b>Sección 6.</b> La información se divulga para el(los) siguiente(s) uso(s): _____</p> <p>Esta autorización caducará en (fecha o evento): _____</p>	
<p><b>Sección 7.</b></p> <p><b>Doy</b> <input type="checkbox"/> <b>No doy</b> <input type="checkbox"/> mi consentimiento para la divulgación de la información relacionada con una evaluación o un tratamiento psiquiátrico o psicológico.</p> <p><b>Doy</b> <input type="checkbox"/> <b>No doy</b> <input type="checkbox"/> mi consentimiento para la divulgación de información sobre enfermedades infectocontagiosas de notificación obligatoria, incluyendo un tratamiento o una evaluación sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH (SIDA).</p> <p><b>Doy</b> <input type="checkbox"/> <b>No doy</b> <input type="checkbox"/> mi consentimiento para la divulgación de una evaluación o un tratamiento sobre el abuso de sustancias/alcohol.</p>	

**Sección 8.** Al firmar a continuación, entiendo lo siguiente:

- a. Puedo revocar la autorización en cualquier momento (excepto en la medida en que la divulgación ya haya ocurrido en virtud de esta autorización) al enviar una revocación por escrito al proveedor/a la organización de atención médica mencionado(a) anteriormente.
- b. Cualquier tratamiento, pago, o mi inscripción en cualquier plan de salud o mi elegibilidad para recibir beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.
- c. Cualquier información divulgada en virtud de esta autorización a cualquier persona/organización que no sea un proveedor de atención médica, un socio comercial de un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por los reglamentos de privacidad federales y estatales, podría volver a ser divulgada por el receptor y ya no estaría protegida por dichos reglamentos.
- d. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

**Sección 9.**

(Firma del paciente)	(Fecha de nacimiento) (Fecha de la firma)
(Dirección)	(Números de teléfono de contacto)
(Firma del representante personal si el paciente no ha firmado)*	(Fecha de la firma)

**\*[NOTA: Adjunte los documentos que demuestren su autoridad para actuar en nombre del paciente.]**