

AUTHORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Yo, _____ (escribe su nombre), autorizo al siguiente proveedor/ organización de asistencia médico a revelar la siguiente información de salud protegida a la persona/ organización designada para el propósito (propósitos) listados abajo:

Información revelada por: <hr/> (nombre del proveedor/organización de asistencia médica) <hr/> (dirección) <hr/> (numero de facsímile) (numero de teléfono)	Información recibida por: <hr/> (nombre de persona o organización) <hr/> (dirección) <hr/> (numero de facsímile) (numero de teléfono)
Revele la siguiente información: <input type="checkbox"/> registro médico <input type="checkbox"/> registro de factura <input type="checkbox"/> Otro: (por favor sea específico) _____ <input type="checkbox"/> Será enviado por correo <input type="checkbox"/> Será recogido por _____ <input type="checkbox"/> Será enviado por facsímile	La información esta siendo revelada para el uso/ usos siguiente/siguientes:
Yo sí <input type="checkbox"/> yo no <input type="checkbox"/> doy mi consentimiento a la revelación de información que pertenezca a la evaluación o el tratamiento psiquiátrico o psicológico. Yo sí <input type="checkbox"/> yo no <input type="checkbox"/> doy mi consentimiento a la revelación de la evaluación o el tratamiento de las enfermedades transmisibles inclusive enfermedades de transmisión sexual y VIH(Sida) reportadas. Yo sí <input type="checkbox"/> yo no <input type="checkbox"/> doy mi consentimiento a la revelación de la evaluación/el tratamiento de la dependencia de drogas/alcohol.	

Esta Autorización Terminará: _____
 (fecha de caducidad/terminación o acontecimiento)

Yo entiendo lo siguiente:

1. Yo puedo renunciar a esta Autorización en cualquier momento (menos cuando esa revelación ya ha ocurrido en la dependencia sobre esta Autorización) mandando una renuncia por escrito al proveedor/organización de asistencia médica designada arriba.
2. Cualquier tratamiento, pago, o mi matriculación en cualquier plan de la salud o mi elegibilidad para beneficios no será realizada si yo no firmo esta Autorización.
3. Cualquier información revelada por esta Autorización a cualquier persona/organización que no es un proveedor de asistencia médica o plan de salud cubierto por regulaciones privadas federales y de intimidad de estado podra ser re-revelada por el recipiente y ya no protegida por estas regulaciones.
4. Yo estoy autorizado(a) a recibir una copia de esta Autorización firmada.

(firma del individuo autorizando esta forma)	(fecha de nacimiento)	(fecha)
(dirección)	(número de teléfono)	
(firma del representante personal con la descripción de la autoridad para actuar a favor del individuo)	(fecha)	