

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:

<p>Información revelada por:</p> <p>_____</p> <p>(nombre del proveedor/organización de asistencia médica)</p> <p>_____</p> <p>(dirección)</p> <p>_____</p> <p>(numero de facsímile) (numero de teléfono)</p>	<p>Información recibida por:</p> <p>_____</p> <p>(nombre de persona o organización)</p> <p>_____</p> <p>(dirección)</p> <p>_____</p> <p>(numero de facsímile) (numero de teléfono)</p>
<p>Revele la siguiente información:</p> <p><input type="checkbox"/> registro médico</p> <p><input type="checkbox"/> registro de factura</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: (por favor sea específico) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Será enviado por correo</p> <p><input type="checkbox"/> Será recogido por _____</p> <p><input type="checkbox"/> Será enviado por facsímile</p>	<p>La información esta siendo revelada para el uso/ usos siguiente/siguientes:</p>
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	

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)