

**AUTORIZACIÓN 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><b>Información revelada por:</b></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><b>Información recibida por:</b></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><b>Revele la siguiente información:</b></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"/> <b>Será enviado por correo</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Será recogido por</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Será enviado por facsímile</b></p>	<p><b>La información esta siendo revelada para el uso/ usos siguiente/siguientes:</b></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)	(fecha)
_____	_____	_____
(firma del representante personal con la descripción de la autoridad para actuar a favor del individuo)	(fecha)	