

Autorización para Divulgar Información Protegida de Salud

Nombre completo del paciente en el momento del tratamiento: _____
(Patient's full name at the time of treatment)

Fecha de Nacimiento (Date of Birth): _____ / _____ / _____ Número de Seguro Social (SSN): _____ - _____ - _____

Fecha(s) de tratamiento (Date of treatment): _____

Propósito de la divulgación (Purpose of release): _____

Yo autorizo al siguiente proveedor o entidad _____ para divulgar mi información de salud a:
(I authorize the following provider/entity to release my health information to:)

Nombre del destinatario/proveedor (Recipient/Provider Name): _____

Dirección del destinatario (Recipient's Address): _____

Ciudad (City): _____ Estado (State): _____ Código Postal (Zip): _____

Portal Enviar por correo el expediente (Mail Record) Lo recogeré (I will pick-up) Enviar por FAX (solamente al proveedor o plan de salud) (FAX (to health provider or health plan only)) Solicito una copia de esta autorización (I request a copy of this authorization)

Información para Divulgar (por favor, marque todos los que se aplican) (Information To Be Released (Please check all that apply))

- Factura (Bill)
- Reportes de Citología (Cytology Reports)
- Lista de Diagnóstico/Identificación del paciente (Diagnosis List/Patient Identification)
- Reportes del Departamento de Emergencia (Emergency Department Records)
- Electrocardiograma/Cardiovascular (EKG/Cardiovascular)
- Reporte de Laboratorio (clase) _____ (Laboratory Report (type))
- Películas de Mamografía (Mammography Films)
- Reportes de Terapia Ocupacional (Occupational Therapy Reports)
- Notas de Oficina (clase) _____ (Office Notes (type))
- Reportes de Patología (Pathology Reports)
- Reportes de Terapia Física (Physical Therapy Reports)
- Dictado del Médico (clase) _____ (Physician Dictation (type))
- Prueba de Función Pulmonar (Pulmonary Function Test)
- Imágen de Radiología (clase) _____ (Radiology Film (type))
- Reportes de Radiología (Radiology Reports)
- Reportes de Terapia del Lenguaje (Speech Therapy Reports)
- Otro (Other): _____

- Entiendo que si mis expedientes contienen documentación sobre abuso de alcohol, condición psiquiátrica, abuso de drogas o enfermedades contagiosas, esta información será divulgada como parte de mi expediente.
- Entiendo que si la persona o entidad que recibe esta información no está cubierta por regulaciones federales de privacidad, esta información ya no estará protegida y puede ser divulgada de nuevo.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero esta revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada. Las Revocaciones deben ser enviadas a la dirección anotada en la parte superior de este formulario.
- Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi denegación a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento.
- Entiendo que puede haber un cargo que pagar para conseguir la información solicitada. Información sobre el costo puede ser obtenida contactando el departamento de Medical Records que aparece en la parte superior de este formulario.
- Entiendo que una copia o FAX de este documento es tan válido como el documento original.
- Entiendo que esta autorización caducará en 90 días después de firmada, a menos que una fecha más temprana se especifique aquí _____.

Firma del Paciente o Persona Autorizada

Fecha

Número de Teléfono del Contacto

Parentesco con el Paciente

Razón por la cual el Paciente es Incapaz de Firmar

**PROVIDER
USE ONLY**

Original to Medical Records: _____ / _____ / _____ Copy to: _____ / _____ / _____
Date Date

Verification Completed By: _____