

## Autorización para Divulgar Información Protegida de Salud

Nombre completo del paciente en el momento del tratamiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Número de Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Fecha(s) de tratamiento: \_\_\_\_\_

Propósito de la divulgación: \_\_\_\_\_

Yo autorizo al siguiente proveedor o entidad _____ para divulgar mi información de salud a:	
Nombre del destinatario/proveedor: _____	
Dirección del destinatario: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
<input type="checkbox"/> Enviar por correo el expediente <input type="checkbox"/> Lo recogeré <input type="checkbox"/> Enviar por FAX (solamente al proveedor o plan de salud) <input type="checkbox"/> Solicito una copia de esta autorización	

### Información Para ser Divulgada: (Por favor marque con una palomita todas las que aplican)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Factura  | <input type="checkbox"/> Reportes de Patología              |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Citología                            | <input type="checkbox"/> Reportes de Terapia Física         |
| <input type="checkbox"/> Lista de Diagnóstico/Identificación del paciente | <input type="checkbox"/> Dictado del Médico (clase) _____   |
| <input type="checkbox"/> Reportes del Departamento de Emergencia          | <input type="checkbox"/> Prueba de Función Pulmonar         |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma/Cardiovascular                | <input type="checkbox"/> Imágen de Radiología (clase) _____ |
| <input type="checkbox"/> Reporte de Laboratorio (clase) _____             | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología             |
| <input type="checkbox"/> Películas de Mamografía                          | <input type="checkbox"/> Reportes de Terapia del Lenguaje   |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Terapia Ocupacional                  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                        |
| <input type="checkbox"/> Notas de Oficina (clase) _____                   |   |

- 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 informe.
- 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: \_\_\_\_\_