

## AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

**USE LETRA DE IMPRENTA PARA LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

<b>APELLIDO:</b>	<b>NOMBRE:</b>	<b>SEGUNDO NOMBRE:</b>
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Teléfono:	Correo electrónico (opcional):
Dirección:	Ciudad y estado:	Código postal:

**COMPLETE LA INFORMACIÓN Y MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN**

Autorizo a \_\_\_\_\_ n.º de FAX \_\_\_\_\_ a divulgar mi información médica/historia clínica como se indica a continuación:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso _____   | <input type="checkbox"/> Historia clínica completa _____  |
| <input type="checkbox"/> Informes de consulta _____  | <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____  |   |
| <input type="checkbox"/> Fechas de atención desde: _____ Fechas de atención hasta: _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Resultados de análisis <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Informe de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de patología <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología |   |

**Registros que pueden divulgarse:**

- Incluir información relacionada con el VIH  
  Incluir historial de abuso de alcohol y drogas  
  Incluir historial psiquiátrico  
 Incluir pruebas genéticas

**Autorizo la divulgación de información a:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ n.º de Fax \_\_\_\_\_

- Proveedor médico  
  Aseguradora o su designado  
  Abogado  
  Tribunal  
 Agencia de aplicación de la ley  
  Empleador  
  Otro: \_\_\_\_\_

**Motivo de la divulgación**  
 A pedido del paciente  
 Solicitud de beneficios  
 Otro: \_\_\_\_\_

**COMPRUEBE EL FORMATO/MODO DE ENVÍO SOLICITADO**

- PAPEL/CORREO  
 PDF/CORREO ELECTRÓNICO  
 FAX

La presente autorización tiene vigencia desde la fecha de la firma y es válida durante un año a partir de dicha fecha o hasta \_\_\_\_\_. Puede revocarse en cualquier momento mediante notificación por escrito al Departamento de Historias Clínicas, salvo en el caso de que los prestadores ya hayan tomado medidas en virtud de la misma.

Soy consciente de que mi historia clínica es confidencial en virtud de las leyes estatales y federales y, salvo en determinadas circunstancias limitadas, no puede divulgarse sin mi consentimiento.

Entiendo que las solicitudes de copias de historias clínicas están sujetas a tarifas de reproducción permitidas por las leyes y reglamentos, y que tendré la oportunidad de modificar o retirar mi solicitud si no deseo pagar dichas tarifas.

Entiendo que la divulgación de información sobre mi estado de salud, mi tratamiento o diagnóstico psiquiátrico o mi diagnóstico o tratamiento por abuso de drogas o alcohol podría tener consecuencias adversas para mí.

**ACUERDOS ESPECÍFICOS**

Entiendo que este consentimiento puede incluir la divulgación de historiales de abuso de alcohol y drogas o historiales psiquiátricos o información relacionada con el VIH (que indique que me he sometido a una prueba relacionada con el VIH, o que tengo una infección por VIH, una enfermedad relacionada con el VIH o SIDA, o que podría indicar que he estado potencialmente expuesto al VIH).

Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA, el tratamiento del alcoholismo o la drogadicción, o el tratamiento de la salud mental, el receptor o receptores tienen prohibido volver a divulgar la información sin mi autorización, a menos que las leyes federales y estatales lo permitan. También tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización.

Al firmar esta autorización, autorizo el uso o la divulgación de mis datos médicos protegidos según lo descrito anteriormente. Esta información puede volver a divulgarse si el destinatario o destinatarios descritos en el presente formulario no están obligados por ley a proteger la privacidad de la información del paciente y dicha información deja de estar protegida por la normativa federal sobre privacidad de la información médica.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Representante personal (el representante personal solo debe firmar si el paciente es menor de edad o no puede firmar por cuenta propia)

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_