

# Formulario de autorización para la divulgación de registros médicos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**De/A** (encierre en un círculo la instrucción prevista)

Nombre:	Teléfono:	Fax:
---------	-----------	------

Dirección:
------------

**De/A** (encierre en un círculo la instrucción prevista)

Nombre:	Teléfono:	Fax:
---------	-----------	------

Dirección:
------------

**Objetivo de la divulgación:**

<input type="checkbox"/> Continuidad de la atención	<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Orden judicial	<input type="checkbox"/> Uno personal
<input type="checkbox"/> Transferencia de atención	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		

**Registros para incluir:**

Esta autorización corresponde a la divulgación de los tipos de registro que se indican a continuación para el siguiente intervalo de fechas de servicio: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ O Todos los registros archivados en este centro

<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Notas de laboratorio	<input type="checkbox"/> Histori	<input type="checkbox"/> Informes operativos
--	---	----------------------------------	--

<input type="checkbox"/> Registros hospitalarios	<input type="checkbox"/> Registros de diagnósticos por imágenes	<input type="checkbox"/> Otro:
--	---	--------------------------------

Por medio de la presente, acepto y autorizo que los registros divulgados contengan información acerca de antecedentes con el alcohol, abuso de drogas, historial psiquiátrico, pruebas de detección de VIH, resultados de pruebas de detección de VIH o SIDA. \_\_\_\_\_ **Intials**

**Caducidad:** Esta autorización perderá validez 180 días después de la fecha en que se firme. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan realizado acciones. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento antes de que se cumplan los 180 días, mediante notificación por escrito al proveedor de atención médica. \_\_\_\_\_ **Intials**

**Divulgación a terceros:** Acepto que la información divulgada mediante esta autorización puede estar sujeta a divulgación a terceros por parte del destinatario y dejará de estar amparada por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996.

Comprendo que:

- Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización
- Tengo derecho a inspeccionar o copiar la información de salud confidencial que se utilizará o divulgará
- Las tarifas/cargos se cobrarán conforme a todas las leyes y reglamentaciones que se aplican a la divulgación de información

I have read the above and authorize the disclosure of the protected health information as stated.

_____ Date	_____ Signature of Patient/Parent/Guardian	_____ Relationship to patient
------------	--	-------------------------------