

## Autorización para divulgación de información médica

**IMPORTANTE - LÉALO, POR FAVOR:**

Es posible que se le cobre por esta solicitud. Espere hasta 30 días hábiles para que se complete el proceso.

N.º DE REGISTRO MÉDICO \_\_\_\_\_

Todas las consultas se enviarán por correspondencia a menos que se especifique lo contrario.

Por el presente, otorgo mi permiso para que se divulgue o revise la siguiente información relacionada con mi atención de y hacia las partes que aquí se mencionan.

DE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El propósito de esta solicitud es:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Obtener la continuidad de la atención | <input type="checkbox"/> Asuntos legales        | <input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguridad (SSI)/Incapacidad |
| <input type="checkbox"/> Reclamo del seguro                    | <input type="checkbox"/> A pedido de la persona | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____                             |

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre al momento de recibir tratamiento \_\_\_\_\_

N.º de Seguro social \_\_\_\_\_

Dirección del paciente \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Fecha del(de los) tratamiento(s) \_\_\_\_\_

Esta información PUEDE incluir datos sobre el tratamiento o la rehabilitación por abuso de drogas y/o alcohol, tratamiento psiquiátrico, prueba de anticuerpos del VIH (prueba para detectar el virus del SIDA) o SIDA y afecciones relacionadas y, SI estas hubieran ocurrido, específico que esta divulgación incluya:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen del expediente clínico     | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio                 | <input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental          |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta                   | <input type="checkbox"/> Informes radiológicos                   | <input type="checkbox"/> Otros que se especifican aquí: _____ |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico       | <input type="checkbox"/> Informes de operaciones                 | _____   |
| <input type="checkbox"/> Consultas                          | <input type="checkbox"/> Notas de progreso                       | _____   |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento en sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Informes de patología                   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Órdenes médicas                    | <input type="checkbox"/> Tratamiento por abuso de drogas/alcohol | _____   |

Comprendo que la información que autorizo que reciba una persona o entidad es posible que se vuelva a divulgar y que ya no estará protegida por los reglamentos federales respecto de la privacidad. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Mi negativa a firmarla no afectará mi posibilidad de recibir tratamiento. Comprendo que esta autorización se puede retirar en cualquier momento por escrito (consulte el Aviso de privacidad). Esta autorización tendrá vigencia durante un año a partir de la firma y la fecha que figuran a continuación en el formulario, salvo que especifique una fecha de vencimiento previa en este espacio \_\_\_\_\_.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

- Poder para la atención médica (HCPOA)       Ejecutor       Se recibieron los formularios de tutelaje

¿El paciente es incapaz de tomar decisiones de atención médica por sí mismo/a?     Sí     No

Si la firma anterior no es la del paciente, se exigirá que proporcione una explicación a continuación y las pruebas documentales de los papeles pertinentes para acompañar esta autorización \_\_\_\_\_