

Autorización para la Divulgación de Información



Información del paciente:

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal : _____

Autorizo a la siguiente persona u organización a recibir mi información de salud protegida:

Nombre: _____

Parentesco con el paciente (si aplica): _____

Teléfono: _____ Número de fax: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal : _____

Información a ser divulgada (marque todas las que correspondan):

- ☐ Todos los registros del paciente
- ☐ Notas de tratamiento / Notas de progreso
- ☐ Lista de medicamentos
- ☐ Resultados de laboratorio
- ☐ Otro (por favor especifique): _____

Propósito de la divulgación:

- ☐ Continuidad de la atención
- ☐ Seguro / Facturación
- ☐ Propósito legal
- ☐ Otro: _____

Método de divulgación:

- ☐ Comunicación verbal
- ☐ Fax
- ☐ Correo

Vencimiento de la autorización: Esta autorización vencerá:

- ☐ En la siguiente fecha: ____ / ____ / ____
- ☐ Un (1) año a partir de la fecha de la firma

Al firmar este formulario, autorizo la divulgación de mi información de salud protegida según lo descrito anteriormente. Entiendo que:

- Puedo revocar esta autorización verbalmente o por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado alguna acción basada en ella.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y puede que ya no esté protegida bajo HIPAA.
- Esta autorización no otorga a la(s) persona(s) autorizada(s) ningún derecho para tomar decisiones médicas, de salud mental, financieras o legales en mi nombre.

X _____
Firma del paciente (o padre/madre/tutor legal)

X _____
Fecha