



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
(PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) EN
EXPEDIENTES MÉDICOS**

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre completo del paciente: _____ Teléfono: _____
 Dirección completa: _____
 Otro(s) nombre(s) usado(s): _____ Fecha de nac.: _____

Se deben completar las dos secciones.

DIVULGAR/COPIAR MI EXPEDIENTE MÉDICO DE:

Nombre de la persona/organización: _____
 Dirección completa: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____

ENVIAR MI EXPEDIENTE MÉDICO A:

Nombre de la persona/organización: _____
 Dirección completa: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____
 Correo electrónico (para envío por correo electrónico seguro): _____

MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN:

- Tratamiento/continuación de la atención médica
- Uso personal
- Facturación o reclamaciones
- Fines legales
- Seguro / discapacidad
- Correo electrónico
- Otro: _____

FORMATO DE ENVÍO:

- (Siempre que sea posible)
- Correo postal – Papel
 - Correo postal – CD / DVD
 - Fax
 - Correo electrónico
 - Otro: _____

DIVULGAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) DE MI EXPEDIENTE MÉDICO:

Marque todo lo que corresponda. Período de fechas, si procede: _____

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Toda la información de salud | <input type="checkbox"/> Información de facturación | <input type="checkbox"/> Radiología __ Informes __ Imágenes |
| <input type="checkbox"/> Órdenes del profesional clínico | <input type="checkbox"/> Informes de procedimientos | <input type="checkbox"/> Informes de consulta |
| <input type="checkbox"/> Notas del profesional clínico | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Es necesario que escriba sus iniciales si usted **NO** desea que se divulgue la siguiente información confidencial:

- | | |
|---|--|
| ____ Expedientes de salud mental (excluidas las notas de psicoterapia) | ____ Resultados de pruebas / tratamiento de VIH/SIDA |
| ____ Historial de abuso de drogas, alcohol o sustancias | ____ Salud reproductiva |
| ____ Información genética (incluidos los resultados de pruebas genéticas) | |

Yo autorizo voluntariamente a la persona/organización nombrada a divulgar mi expediente médico a la persona/organización nombrada quedando entendido que:

- Una fotocopia o fax de esta Autorización es tan válida como el original.
- Yo puedo revocar esta Autorización en cualquier momento por escrito, excepto cuando dicha información ya se haya divulgado.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con esta Autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y podría dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales y estatales.
- No es necesario que firme este formulario para garantizar el tratamiento médico, el pago, la inscripción o la elegibilidad.

Firma del paciente o Padre/Tutor legal

Fecha

Relación con el paciente¹

Fecha de vencimiento de la Autorización²

1. Favor de prestar atención: Si usted es un tutor legal o representante designado por la corte, usted debe anexar una copia del comprobante de su autorización legal para representar al paciente; excepto en el caso de los padres de un paciente menor de edad. 2. A menos que se estipule lo contrario, la Autorización vencerá al cabo de un año a partir de la fecha de la firma indicada arriba.