

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

NOTA: Complete un solo formulario por paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección postal _____

Dirección de correo electrónico _____ Número de teléfono _____

REVELAR REGISTROS MÉDICOS DE:

Nombre _____

Número de teléfono _____

Dirección postal _____

Dirección de correo electrónico/Número de fax _____

FECHAS DE SERVICIO: (REQUERIDO) ____/____/____ a ____/____/____

REGISTROS MÉDICOS A REVELAR: (REQUERIDO - Marcar ítems a continuación)

☐ Visitas al consultorio: p. ej., notas de progreso, lista de medicamentos, historial médico

☐ Ecografías: p. ej., cardiología

☐ Informes de laboratorio: p. ej., análisis de sangre, cultivos

☐ Registros de vacunación ☐ Referidos a especialistas

☐ Informes radiológicos: p. ej., radiografías

☐ Gráficos de crecimiento ☐ Facturas detalladas

☐ Otro (especifique): _____

(REQUERIDO) ☐ AUTORIZO ☐ NO AUTORIZO la divulgación de información relacionada con el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o la infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana), la atención psiquiátrica o la evaluación psicológica, y el tratamiento por abuso de alcohol o drogas (INICIALES): _____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN: (REQUERIDO)

☐ Copia personal

☐ Determinación de incapacidad

☐ Propósitos del seguro

☐ Asunto legal

☐ Transferencia de atención
(especifique el motivo):

☐ Se mudó

☐ Cambio de seguro

☐ Pasó a PCP para adultos

☐ Otro (explique): _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O DEL PACIENTE (SI EL PACIENTE ES MAYOR DE 18 AÑOS):

Reconozco que soy un representante legal o una persona autorizada del paciente mencionado anteriormente. Al firmar a continuación, autorizo la divulgación de la información de salud protegida del paciente. Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo cancelar esta solicitud mediante notificación por escrito, y que no afectará a ninguna información divulgada antes de la notificación de cancelación. Entiendo que la información utilizada o divulgada puede ser objeto de nueva divulgación por parte de la persona o centro que la reciba y que, en ese caso, dejaría de estar protegida por las regulaciones federales. Entiendo que puedo recibir una compensación si esta información se utiliza para marketing y ventas. Entiendo que el proveedor médico al que se autoriza a proporcionar esta información no puede condicionar mi tratamiento a la firma de la autorización.

Firma del representante legal/paciente mayor de 18 años

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante legal/paciente mayor de 18 años

Relación con el paciente