

* Nombre del paciente: _____ Historia clínica nro.: _____

* Dirección del paciente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

* Nro. del Seguro Social: _____ * Fecha de nacimiento: _____

* Nro. de teléfono del paciente (incluido el código de área): Particular: _____ Celular: _____

* Mediante el presente documento, autorizo a _____
Nombre de la persona u organización que divulgará la información de salud protegida (PHI)

a divulgar la siguiente información a la persona u organización que recibirá la PHI:

* Nombre, dirección, teléfono, fax * Relación * Propósito

* Nombre, dirección, teléfono, fax	* Relación	* Propósito

*** Información que se revelará:**

__ Registros de servicios recibidos en el siguiente período: del _____ al _____

__ Información pertinente (incluye notas de los médicos y resultados de diagnóstico)

__ Historia clínica completa (incluye todos los registros excepto las notas de psicoterapia)

__ Notas de psicoterapia (si se marca esta casilla, no se puede marcar ninguna otra)

__ Registros de salud mental (excepto las notas de psicoterapia)

__ Expedientes de enfermedades transmitidas sexualmente

__ Expedientes de VIH

__ Registros de tratamientos por abuso de sustancias

__ Información de facturación

Otra: _____

La información se puede divulgar para los siguientes propósitos únicamente:

__ Seguro Continuidad de tratamiento Legal Por pedido mío o de mi representante Otro: __

Comprendo que si firmo esta autorización voluntariamente:

- Autorizo el uso o la divulgación de mi PHI según se describe arriba para los propósitos indicados.
- Tengo derecho a cancelar el permiso para revelar mi información. Si firmo esta autorización de uso o divulgación de mi información, puedo revocarla en cualquier momento. La revocación se debe realizar por escrito a la persona u



organización que divulga la información, pero no afectará a la información que ya se haya utilizado o divulgado.

- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.



- Comprendo que, a menos que el propósito de esta autorización sea determinar el pago de una reclamación de beneficios, el hecho de firmarla no afectará mi elegibilidad relativa a los beneficios, el tratamiento, la inscripción o el pago de reclamaciones.
- Mi información médica podría indicar que tengo una enfermedad transmisible o no transmisible, incluidas, entre otras enfermedades, la hepatitis, la sífilis, la gonorrea, o el VIH o el SIDA; o podría indicar que tengo trastornos psicológicos o psiquiátricos, o problemas de abuso de sustancias, o que he recibido tratamiento por estos trastornos o problemas.
- Comprendo que puedo modificar esta autorización en cualquier momento dirigiéndome por escrito a la persona u organización que divulga mi PHI.
- Comprendo que no puedo restringir información que posiblemente ya haya sido revelada en función de esta autorización.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con la autorización puede ser nuevamente divulgada por el receptor, y es posible que ya no esté protegida por la norma de privacidad.

A menos que esta autorización sea revocada o que se indique otra fecha, la fecha de vencimiento automática de esta autorización es al año de la fecha de mi firma o en el momento en que ocurra el siguiente acontecimiento:

* _____ Firma del paciente o el representante legal	* _____ Fecha
* _____ Nombre en letra de imprenta del paciente o el representante legal	* _____ Fecha de vencimiento (si supera el año desde la fecha de la firma o si no se indica ningún acontecimiento)
* _____ Descripción de la autoridad del representante legal * <i>Campo obligatorio</i>	

(INTERNAL USE ONLY)

- 1) Number of pages released: _____
- 2) If releasing records following a verbal modification by the requestor, please describe below:

Specific documentation released:

- a. Pertinent Only _____
- b. Other _____

3) Staff initials: _____ Date: _____

4) Verification of authorized receiver:

- a. License _____
- b. Photo ID _____
- c. Other (describe) _____

5) Authorized Receiver:

- a. Name: _____
- b. Signature: _____ Date: _____



Título

Instrucciones para

1. Indique el nombre y la fecha de nacimiento del paciente.
2. OPCIONAL: Indique el nro. de historia clínica y/o el nro. del Seguro Social.
3. Indique el nombre de la persona u organización que divulgará la PHI.
4. Indique el nombre y la dirección de la persona u organización que recibirá la PHI.

Información que se revelará:

1. Marque la casilla que corresponda.
2. Si la información que se revelará no está en la lista, marque la casilla "Otra" e indique qué información se revelará en el espacio provisto.
 - a. Si se revela información de facturación, indique qué información de facturación se solicita. Si se solicita toda la información de facturación, sencillamente marque la casilla.
 - b. Si se solicitan las notas de psicoterapia, no se puede revelar ninguna otra información. Para solicitar información adicional, se debe completar una autorización aparte.

Propósito de la divulgación de información:

1. Marque la casilla que corresponda.
2. Si el propósito no está en la lista, marque la casilla "Otro" e indique el propósito en el espacio provisto.

Fecha de vencimiento:

1. A menos se indique otra cosa en la parte inferior del formulario, la fecha de vencimiento es al año de la fecha de la firma del paciente o en el momento en que ocurra un acontecimiento definido por el paciente.
 - a. Si el paciente escoge un acontecimiento, indique cuál es el acontecimiento en el espacio provisto.
 - b. Si el paciente opta por hacer que la fecha de vencimiento sea superior a un año, indique la fecha en el espacio provisto al final del formulario.

Firma:

1. Obtenga la firma del paciente o el representante legal.
2. Si un representante legal firma el formulario, indique la descripción de su autoridad.

Fecha:

1. La fecha es la fecha en que se firma el formulario.

