

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Section A: Completar el Formulario de Autorización de Historial Medico. Protected Health Information (PHI).

Section B: Necesario para todas las autorizaciones para la liberación de PHI o derecho de acceso a la

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Numero de seguro social. <i>(opcional):</i>
Dirección del paciente:	Nombre / Número de Teléfono del Solicitante (si el paciente no es el solicitante):	
PHI Nombre del destinatario:	Dirección/Ciudad/Estado/Zip	Telefono: () _____ Fax: () _____
PHI : Nombre del remitente:	Dirección/Ciudad/Estado /Zip	Telefono: () _____ Fax: () _____

Esta autorización vencerá en lo siguiente: Escriba la fecha o el evento
 Fecha: _____ Evento: _____

Propósito de revelación:

Esta solicitud es para notas de psicoterapia?
 ___ Si, entonces este es el único elemento que puede solicitar en esta autorización
 ___ No, entonces usted puede marcar los elementos debajo de lo que usted necesita

Descripcion:	Fecha(s)	Descripcion:	Fecha(s)	Descripcion:	Fecha(s)
<input type="checkbox"/> Todo Historial Medico <input type="checkbox"/> Historia y Fisica <input type="checkbox"/> Reporte de consultas <input type="checkbox"/> Informe Operativo <input type="checkbox"/> Notas de progreso		<input type="checkbox"/> Ordenes del Medico <input type="checkbox"/> Laboratorios <input type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/> Notas de enfermeria <input type="checkbox"/> Registro de medicina		<input type="checkbox"/> Demografia <input type="checkbox"/> Servicios de Rehabilitacion <input type="checkbox"/> Special Test/Therapy <input type="checkbox"/> Reclamos de seguros <input type="checkbox"/> Otro:	

1. Yo reconozco y doy mi consentimiento para tal, que la información difundida puede contener alcohol, el abuso de drogas, psiquiátricos, la prueba del VIH, los resultados del VIH o de información sobre el SIDA.
 _____ (Iniciales)
2. Puedo negarme a firmar esta autorización y mi tratamiento no estará condicionada a la firma de esta autorización (excepto para servicios no sanitarios relacionados, tales como las pruebas pre-empleo, exámenes de seguros de vida, o pruebas de detección de drogas).
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas antes de recibir la revocación. Más detalles se pueden encontrar en el Aviso de prácticas de privacidad.
4. Si el solicitante o el receptor no es un plan de salud o proveedor de atención médica, la información entregada podría ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad y puede ser re-conocer.
5. Yo entiendo que yo puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por una cuota razonable de copia, si se me pide.
6. Voy a recibir una copia de este formulario después de firmarlo.

Section C: Firmas

He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información de salud protegida como se indica.

Firma del representante del paciente / tutor / paciente:	Fecha:
Escriba el nombre del representante del paciente:	Relación con el paciente: