

Historia clínica: divulgación de información

MR #: _____

 Mail records Fax records ID verified Logged

Employee Name: _____ Date Completed: _____

Autorización para obtener y divulgar información médica.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Divulgue información a:

 Paciente: La misma información brindada arriba (marcar el casillero) **Otro:** Si está autorizando que **SU** información se divulgue a UN TERCERO, por favor complete la información del TERCERO abajo (individuo o institución de atención de salud)

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Información que desea obtener o divulgar: Por favor sea lo más específico posible (por ejemplo, tipo de servicio, mes, año, etc.)**Obtención de archivos con protección especial:** Si mi información tiene alguno de los tipos de archivos mencionados abajo, es posible que rijan leyes adicionales en cuanto al uso y la divulgación de mi información. Al poner mis iniciales en los espacios correspondientes, indico que entiendo y estoy de acuerdo con que esta información se entregue al personal mencionado arriba.

_____ Archivos de salud mental

_____ Datos sobre análisis genéticos

_____ Análisis de VIH o SIDA

_____ Diagnóstico, tratamiento o recomendación sobre drogas o alcohol

Propósito de esta solicitud (marcar uno): Continuar tratamiento Archivos personales Legal Seguro Otro: _____**Restricciones:** Entiendo que el destinatario puede estar obligado a divulgar la información y mi información puede dejar de estar protegida.**Derechos:** Entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mis posibilidades de obtener atención médica. Puedo inspeccionar o copiar toda la información que se use y/o divulgue de conformidad con esta autorización y según las normas de la organización. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito. Mi revocación entrará en vigor en cuanto se reciba, pero no tendrá efecto retroactivo si esta organización ya ha divulgado información de conformidad con esta autorización.

Firma del paciente o tutor

Fecha

Garante, apoderado u otro representante legal

Atención: Esta autorización se vence a los 12 meses a partir de la fecha de firma a menos que se revoque o se especifique lo contrario abajo:

(Especificar otra fecha o evento de vencimiento): _____

