

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

Nombre

Número de teléfono

Número de teléfono

Dirección postal

Dirección postal

Dirección de correo electrónico/Número de fax

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): _____

Atención de la salud reproductiva: p. ej., anticoncepción, atención previa a la concepción, embarazo, abortos. **TENGA EN CUENTA:** Esta autorización no permite revelar **registros de atención de salud reproductiva**. Según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), se requiere un formulario de Declaración de Uso y Divulgación Solicitados de Información de Salud Protegida Relacionada con la Atención de Salud Reproductiva para revelar dichos registros. Haga clic en este [enlace](#) para obtener una copia del formulario de declaración para que lo complete.

(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 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