

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR / DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

FECHA	NÚMERO DE REGISTRO DE SALUD	Fecha de nacimiento del paciente
-------	-----------------------------	----------------------------------

NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido)	(Primero)	(MI)
--------------------------------	-----------	------

_____, Autorizo el uso y divulgación de la información de salud de la persona mencionada anteriormente descrita a continuación. Las siguientes personas u organizaciones tienen autorización para divulgar mis registros de información médica.

OBTENER INFORMACION DE

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN		
DIRECCION		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

PUBLICAR INFORMACIÓN A

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	
DIRECCION	
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX

RANGO DE FECHA, DE REGISTROS A PUBLICAR: Desde: _____, 20____ a: _____, 20____

ME GUSTARÍA UNA COPIA DE MIS REGISTROS EN Papel (Se aplican tarifas, \$0.60 por pagina) Portal MyChart
 Discos compactos (Se aplican tarifas, \$2.00 por cada disco) Correo electrónico seguro @ _____
 Fax al consultorio del medico _____

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registros de salud completos | <input type="checkbox"/> Información de trasplante | <input type="checkbox"/> Resultados de rayos X | <input type="checkbox"/> Historia y física |
| <input type="checkbox"/> Información financiera | <input type="checkbox"/> Resultados de biopsia | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Otro: _____. |
| <input type="checkbox"/> Lista de recetas | <input type="checkbox"/> Registros hospitalarios | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | |

Esta autorización para divulgar información médica vence el: _____, 20____. Si no se proporciona una fecha, la autorización vencerá un año después de la fecha de la firma. Entiendo que la información en mis registros de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de conducta o mentales, y el tratamiento por abuso de alcohol y drogas. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al oficial de privacidad de información de salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando le otorgue a mi aseguradora el derecho de consentir un reclamo bajo mi póliza de seguro, a menos que se revoque lo contrario. **Esta autorización vencerá en la siguiente fecha o condición: _____, 20____. Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá un año después de la fecha de firma a continuación.** Si tengo alguna pregunta con respecto a esta divulgación de mi información de salud, puedo contactar al oficial de privacidad al 702-877-1887.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Si está firmado por un representante legal, relación con el paciente

Fecha