Autorización para la revelación de la información de salud

Por la siguiente, autorizo _____ **para liberar información médica de los registros de:**

(Nombre de hospital o clínica)

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/_____ **SS#: XXX-XX-** _ _ _ _

(DD/MM/YYYY)

Dirección del paciente: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Fecha(s) de tratamiento: _____

Información que se va a revelar (seleccione todos los elementos aplicables):

☐ Registros Médicos	☐ Antecedentes y examen físico	☐ Informes radiológicos	☐ Notas de progreso	☐ Documentación de compromiso
☐ Registros de facturación	☐ Informes de consultas	☐ Informes de laboratorio	☐ Registros de medicación	☐ Plan de tratamiento
☐ Resúmenes de alta	☐ Informes operativos	☐ Examen EKG/ECG	☐ Examen VIH/sida	☐ Órdenes del médico
☐ Instrucción de alta	☐ Registro de urgencias	☐ Notas de terapia	☐ Notas de enfermería	

☐ Otro (especifique): _____

El propósito O motivo de la revelación:

☐ Continuación de la atención médica ☐ Seguros ☐ Legal ☐ Uso propio del paciente ☐ Otros _____

La información puede ser divulgada a:

Nombre del destinatario: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono #: _____ **Fax#:** _____

Método de entrega preferido: ☐ Correo electrónico _____ **☐ Papel ☐ CD**

(Si no se especifica ningún método, los registros podrán enviarse en papel o en CD, según el número de páginas reproducidas.)

Si me niego a firmar este formulario, no afectará negativamente mi capacidad para recibir servicios de atención médica, reembolso por servicios, inscripción en un plan de salud o mi elegibilidad para beneficios de salud. Sin embargo, la información no se entregará al destinatario arriba indicado sin mi firma.

Reconozco que la información revelada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a **una nueva** divulgación por el receptor y ya no **estar protegida por la Ley Federal.**

Tengo el derecho de revocar esta autorización mediante notificación por escrito al proveedor de cuidado de la salud que se menciona arriba. Entiendo que las acciones tomadas en dependencia de esta autorización no se pueden revertir, y mi revocación no afectará esas acciones.

Esta autorización expira el: _____ **o en el siguiente evento:** _____

(Fecha)

(Si no se especifica una fecha o evento, esta autorización expirará un (1) año a partir de la fecha de firma.).

Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con el tratamiento del abuso de drogas o alcohol, salud mental, información genética, enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), complejo relacionado con el sida (CRS) y / o virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Cargos: entiendo y estoy de acuerdo en que puede haber costos asociados con esta solicitud en cumplimiento con las leyes estatales de copia.

_____ _____

*(Firma del paciente o representante personal *)* *(Fecha de la firma)*

***Si un representante personal la firma, la descripción de la autoridad del representante para actuar es la siguiente:**

☐ Padre ☐ Tutor legal ☐ Poder legal de cuidado médico ☐ Administrador ☐ Albacea ☐ Familiar más cercano ☐ Beneficiario