

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre completo del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Número de seguridad social

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código postal

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono de casa

\_\_\_\_\_  
Resumen de alta

\_\_\_\_\_  
Informes de patología

\_\_\_\_\_  
Reportes de emergencia

\_\_\_\_\_  
Historia y física

\_\_\_\_\_  
Reportes de laboratorio

\_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notas de progreso

\_\_\_\_\_  
Radiology Reports

Enumere su método de contacto preferido para recibir notificaciones de práctica sobre su salud:

\_\_\_\_\_  
Mensaje de texto, número preferido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico, correo electrónico preferido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Correo de voz, número de teléfono preferido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Hago \_\_\_\_\_ NO autorizo la divulgación de información relacionada con el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o infección por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), atención psiquiátrica y / o evaluación psicológica, y tratamiento por abuso de alcohol y / o drogas.

POR LA PRESENTE AUTORIZO LA LIBERACIÓN DE REGISTROS DE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ENVÍE INFORMACIÓN A:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

\_\_\_\_\_  
Remisión a especialista

\_\_\_\_\_  
Seguro

\_\_\_\_\_  
Compensación de trabajadores

\_\_\_\_\_  
Cambio de médico / proveedor

\_\_\_\_\_  
Investigación legal

\_\_\_\_\_  
Personal

\_\_\_\_\_  
Cuidado continuo

\_\_\_\_\_  
Determinación de discapacidad

\_\_\_\_\_  
Otros (especificar) \_\_\_\_\_

Nota: Puede haber un cargo por una copia personal o la transferencia permanente de sus registros de la siguiente manera: una tarifa base de \$ 10.00, \$ 0.50 por página para las páginas 1-50, luego \$ 0.25 para cualquier página de más de 50.

**Proporcione el mejor número de teléfono en caso de que necesitemos comunicarnos con usted (casa, trabajo o celular): ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ .**

Por la presente autorizo la divulgación de la información de salud para el paciente mencionado anteriormente. Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo cancelar esta solicitud con una notificación por escrito, pero que no afectará ninguna información publicada antes de la notificación de cancelación. Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o clase de personas o instalación que la recibe y que ya no estaría protegida por las regulaciones federales. Entiendo que el proveedor médico a quien se le proporciona esta autorización no puede condicionar su tratamiento sobre mí si firmo o no la autorización.

\_\_\_\_\_  
**Firma del individuo, tutor o representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**