



**Autorización limitada para la divulgación de información médica protegida**

Por favor, imprima toda la información. El formulario debe estar firmado y fechado cada año.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**SSN (últimos cuatro dígitos):** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Entidad Solicitada para Liberar Información:** \_\_\_\_\_

**Propósito de la solicitud (quién estará autorizado a recibir información) -** Autorizo a la entidad identificada arriba a revelar o proporcionar información de salud protegida, sobre mí a las personas enumeradas a continuación.

**Quién estará autorizado a recibir información (indique la persona o entidad que recibirá su PHI):**

**Individual / Entidad Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono / Fax:** \_\_\_\_\_

**Email \*:** \_\_\_\_\_

**\* Comunicación Segura -** Tenga en cuenta que el correo electrónico regular no es seguro, y es posible que su PHI se vea comprometido durante la transmisión de nuestra práctica. No designe el correo electrónico como su método de divulgación preferido si esto le preocupa.

**Descripción de la información a revelar** - Autorizo a la práctica a divulgar la siguiente información de salud protegida acerca de mí a la entidad, persona o personas identificadas anteriormente:

- Registro completo del paciente; O bien, compruebe únicamente los elementos del registro que se revelarán:
- notas de la oficina ! Hogar de ancianos, salud en el hogar, hospicio y otros registros médicos
- resultados de laboratorio, informes de patología ! Registro de pruebas de VIH y enfermedades transmisibles
- rayos X ! Registro de tratamiento de salud mental o abuso de sustancias
- informe de historia financiera (sólo 3 años anteriores).! Sólo envíe lo siguiente: \_\_\_\_\_

**Propósito de la divulgación** (anote el propósito de la divulgación o consulte la solicitud del paciente):

- ¡Solicitud de Paciente! Otros (especificar): \_\_\_\_\_

• Esta autorización expirará al final del año calendario de su última firma a continuación, a menos que especifique una terminación anterior. Debe renovar o presentar una nueva autorización después de la fecha de caducidad para continuar con la autorización. Por favor indique la fecha de vencimiento si es anterior al final del año calendario: \_\_\_\_\_

• Usted tiene el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a nuestro Administrador de Privacidad. La terminación de esta autorización será efectiva por aviso escrito, excepto cuando ya se haya hecho una revelación basada en una autorización previa.

• La práctica no establece ninguna condición para firmar esta autorización en la entrega de atención médica o tratamiento.

• No tenemos control sobre la (s) persona (s) que usted ha listado para recibir su información de salud protegida. Por lo tanto, su información de salud protegida revelada bajo esta

autorización ya no estará protegida por los requisitos de la Regla de Privacidad, y ya no será responsabilidad de la práctica.

\_\_\_\_\_  
del paciente o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
del paciente o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
del paciente o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
del paciente o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

Usted tiene el derecho de recibir una copia de las autorizaciones firmadas bajo petición.