

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

### Información del paciente *(En letra de molde)*

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Teléfono	Email <i>(opcional)</i>	

**Yo doy mi consentimiento para que se use o divulgue la información personal de salud de la persona mencionada anteriormente, como se describe a continuación. Indique el tipo de información que se divulgará:**

Fecha(s) solicitada(s): del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta                            | <input type="checkbox"/> Expedientes quirúrgicos/procedimientos  |
| <input type="checkbox"/> Expedientes del Departamento de Emergencias | <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas (Resultados de radiografías, laboratorio/patología, Estudios cardiovasculares) Especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros (Consultas, Notas sobre la evolución) | <input type="checkbox"/> Registros de la consulta médica   |
| <input type="checkbox"/> Expediente completo                         | Indique el nombre del médico: _____  |

### Formato y método de entrega solicitado:

- Copia en papel:** ☐ Correo postal ☐ Correo electrónico: Proporcione un correo electrónico al cual enviar el registro (obligatorio): \_\_\_\_\_  
☐ Recogida en persona
- Registro médico en CD:** ☐ Correo postal ☐ Recogida en persona  
**Departamento de Radiología/Imágenes en CD:** ☐ Correo postal ☐ Recogida en persona

**Esta información puede ser revelada a las siguientes personas u organizaciones quienes, a su vez, podrán hacer uso de ella: *(Llene a continuación)***

Nombre/Institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Para \_\_\_\_\_

Entiendo que la información contenida en mi historia clínica puede comprender información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La misma también puede incluir información sobre servicios de salud por problemas de conducta o mentales, así como consumo de drogas. \_\_\_\_\_ *(Iniciales)*

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, a menos que se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. Entiendo que, para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar dicha revocación por escrito al departamento de administración de la información de salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro médico cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de disputar una reclamación bajo mi póliza. Por el contrario, a menos que se revoque, esta autorización expirará en la fecha, evento o condición. Si yo no puedo especificar un evento o condición con fecha de vencimiento, esta autorización vencerá en seis meses.

\_\_\_\_\_ *(Iniciales)*

Entiendo que la autorización para divulgar esta información de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es indispensable firmar este formulario a fin de asegurar el tratamiento. Comprendo que puedo revisar o copiar la información que va a ser utilizada o divulgada según lo establecido en CFR 164.524. También puedo solicitar una copia de este formulario. Entiendo que cualquier divulgación de información lleva implícita la posibilidad de una segunda divulgación no autorizada y que es posible que la información no esté protegida por las reglas de privacidad federales. Esta instalación queda libre de cualquier responsabilidad, y el abajo firmante la mantendrá indemne, por cumplir con la "Autorización para Divulgar Información de Salud". Si tengo preguntas sobre la divulgación o sobre mi información de salud, puedo comunicarme con el Departamento de Administración de Información de Salud al 305-674-2320.

\_\_\_\_\_ *(Iniciales)*

Firma del paciente o representante legal *(En letra de molde)*

Relación *(En letra de molde)*

Firma del paciente o representante legal

Fecha