

AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Esta autorización permite al proveedor o proveedores de atención médica nombrados a continuación divulgar información y registros médicos confidenciales. *Nota: La información y los registros relacionados con el tratamiento de menores, el VIH, las afecciones psiquiátricas o de salud mental o el abuso de alcohol y sustancias tienen reglas especiales que requieren una autorización específica.*

AUTORIZACIÓN

Yo autorizo: _____

Centro Médico/Sanitario

Para revelar información sobre (Nombre del paciente) _____ consulta, prescripción, tratamiento, diagnóstico o pronóstico, incluidos rayos X, correspondencia y/o registros médicos, incluidos los de mis otros proveedores de atención médica que el proveedor de atención médica mencionado anteriormente puede tener, por correo, fax u otros métodos electrónicos.

Para: Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

La información/registros médicos se utilizarán para el siguiente propósito: _____

Esta autorización es:

Ilimitado (todos los registros, excluyendo Abuso de Sustancias, Salud Mental, VIH, Diagnóstico /Tratamiento)

Limitado a la siguiente información médica: _____

También doy mi consentimiento para la publicación específica de los siguientes registros:

Drogas/Alcohol/Abuso de Sustancias _____ (iniciales)
Psiquiatría/salud mental _____ (iniciales)
Prueba de anticuerpos para el VIH _____ (iniciales)
Información genética _____ (iniciales)

DURACIÓN

Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente hasta _____
Fecha

RESTRICCIONES

El permiso para un uso posterior o divulgación de esta información médica no se otorga a menos que se obtenga otra autorización mía o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Me han informado de mi derecho a recibir una copia de esta autorización

Firma del Paciente o personal/legal representando al paciente

Relación si no es así

Nombre del paciente (Imprimir)

Fecha

Número de Seguro Social del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

Nombre del testigo

Firma del testigo