

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

1. Autorizo el uso o la divulgación de la información sobre la salud del individuo como se describe a continuación.
2. El siguiente individuo u organización está autorizada para hacer la divulgación.

Nombre: _____

Dirección: _____

1. El tipo y cantidad de información a ser usada o divulgada es la siguiente:
 Registros de salud completa Informes de resultados de radiografía de laboratorio
 Examen físico Informes de consulta
 Registro de vacunas Otras (especificar): _____
2. Entiendo que la información contenida en mi expediente de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, adquirido de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre los servicios de salud conductual o mental y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.
Esta información puede ser divulgada y utilizada por NOBESO® para el propósito de: _____

3. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de gestión de información de salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, cuando la ley establece que mi compañía de seguros con el derecho a impugnar una reclamación bajo la póliza. A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____
4. Si no especifica una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización caducará en 60 días. Entiendo que la que se autoriza la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Puedo negar a firmar esta autorización. Yo no necesito firmar este formulario para asegurar tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información para ser usada o divulgada, en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo el potencial para una redivulgación no autorizado, y la información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre divulgación de información sobre mi salud, puedo contactar con NOBESO®.

Nombre del paciente (impreso)

Testigo

Firma del paciente

Fecha

(o firma de la persona con autoridad para dar su consentimiento para el paciente)