



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

(Name of provider)

(1) Mediante el presente documento autorizo a (nombre del proveedor) _____

(2) a divulgar la siguiente información de los registros médicos de:

(Patient Name) (Date of Birth)
 Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 (Address) (Phone)
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 _____ (MRN)
 Número del registro médico: _____

(Dates of Admission)
 Fechas de admisión: _____

(3) Información a divulgar:

- Registro(s) médico completo Informe de alta
- Antecedentes médicos y examen médico Comentarios de evolución
- Informes de consultas Pruebas de laboratorio
- Radiografías

Otros (especifique) _____

Comprendo que esto incluirá información relacionada con (marque si corresponde)

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Servicios para trastornos de la conducta o atención psiquiátrica.
- Tratamiento para el abuso del alcohol y/o drogas. (Initials) Iniciales _____

(4) A pedido del paciente, esta información se divulgará a: _____

con el objetivo de _____

(5) Comprendo que puedo revocar por escrito esta autorización en cualquier momento, salvo que se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. A menos que se revoque, esta autorización vencerá a los 12 meses de la fecha en que se firmó. Comprendo, además, que me puedo negar a firmar este formulario y que no se verán afectadas ni mi atención médica ni el pago.

(Initials) Iniciales _____

(6) Por el presente, el establecimiento, sus empleados, funcionarios y médicos quedan eximidos de cualquier responsabilidad u obligación legal debido a la divulgación de la información antes mencionada en conformidad a lo indicado y autorizado en el presente documento.

(7) Puedo solicitar una copia de este formulario luego de firmarlo.

(Initials) Iniciales _____

Firmado: _____ Fecha: _____
(Paciente) (Patient)

(Este formulario se completó antes de ser firmado)

_____ Fecha: _____
(Representante legal) (Legal Rep.)

(Relación con el paciente, descripción de la autoridad)

_____ Fecha: _____
(Firma del testigo) (Witness)

(Relación con el paciente)