



**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD**

(1) Por la presente autorizo (nombre del proveedor) al **Hospital de la Universidad de Stony Brook**

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Número de historia clínica: \_\_\_\_\_  
(solo para uso de la oficina)

(3) Fecha de tratamiento: \_\_\_\_\_

Se solicita la siguiente información:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen (incluido en los registros)                                       | <input type="checkbox"/> Registro de emergencias | <input type="checkbox"/> Informe de autopsia     |
| <input type="checkbox"/> Resumen para el alta  | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe de patología    |
| <input type="checkbox"/> Informe de intervención quirúrgica  | <input type="checkbox"/> Consultas               | <input type="checkbox"/> Endoscopia/Colonoscopia |
| <input type="checkbox"/> Radiología [radiografías,<br>imagen por resonancia magnética (MRI), etc.] | <input type="checkbox"/> Análisis cardiológico   | <input type="checkbox"/> Registros completos     |
| <input type="checkbox"/> Análisis cardiológico   |  |  |
| Otros (explicar) _____   |  |  |

Entiendo que esto puede incluir **información confidencial** en relación con:

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- Servicios de salud conductual/atención psiquiátrica.
- Tratamiento para la adicción a las drogas y/o el alcohol.

A pedido del paciente, se suministrará la información a: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A los fines de: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización se puede anular en cualquier momento realizando un pedido por escrito, salvo en la medida que se hayan tomado acciones en conformidad con esta autorización. A menos que se anule, la presente autorización vencerá transcurridos 12 meses de la fecha en que se firma. También comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y que el pago y la atención médica que recibo no resultarán afectados.

Por la presente, este establecimiento, sus empleados, funcionarios y personal médico quedan eximidos de toda responsabilidad legal u obligación por divulgar la información detallada anteriormente según se indica y autoriza en la presente.

Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmar.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente) (Se completó el formulario antes de ser firmado)

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Representante legal) (Relación con el paciente, grado de autoridad)

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma del testigo) (Relación con el paciente)