



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

*La cuota para la duplicación y la transferencia de los registros, según lo permitido por la ley estatal será de \$ 20.00 por paciente. Este cargo se debe antes de divulgar los registros. \_\_\_\_\_ Iniciales*

Paciente \_\_\_\_\_ Fecha Nombre de nacimiento \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

1. Yo autorizo el uso o la divulgación de información de la persona arriba mencionada de salud protegida como se describe a continuación:
2. La siguiente persona (s) u organización (s) está autorizado a hacer la revelación:

Proveedor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

3. El tipo de información a ser utilizada o revelada es la siguiente (cheques y / o incluir la descripción)

\_\_\_\_\_ Todos los registros

\_\_\_\_\_ Sólo los registros a partir de (fecha) \_\_\_\_\_ en (fecha) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Expedientes relativos a (describir) \_\_\_\_\_

4. Entiendo que la información en mi historial de salud puede incluir información relacionada con el embarazo, enfermedades de transmisión sexual, el SIDA, los síndromes relacionados con el SIDA o la prueba del VIH. También puede incluir información acerca del comportamiento o de salud mental, alcohol, drogas, psiquiátricos y psicológicos de información.

5. Registros de liberación para el uso de o de la divulgación a:

Nombre / Proveedor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

6. La información divulgada se utilizará para los siguientes fines:

\_\_\_\_\_ Mi historia personal

\_\_\_\_\_ La transferencia de la atención debido a la insatisfacción con la práctica

\_\_\_\_\_ Transferencia de \_\_\_\_\_ de la atención debido a la deslocalización (por favor, dejar una dirección de contacto y número de teléfono de nuestra oficina)

\_\_\_\_\_ Otro (describir) \_\_\_\_\_

7. Entiendo que una vez que la información anterior se da a conocer puede ser divulgada por el recipiente y ya no puede ser protegida por las regulaciones de privacidad federales o estatales.
8. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de mi revocación por escrito al Oficial de Privacidad. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido lanzado en respuesta a esta autorización.
9. Esta autorización vencerá en la siguiente fecha o evento. Si no especifico una fecha de caducidad o evento, esta autorización expirará en noventa (90) días.
10. Entiendo que la autorización esta revelación de esta información médica es voluntaria No necesito firmar esta forma para asegurar la atención médica o tratamiento.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Date Firma o paciente \_\_\_/\_\_\_ representante de Relación con el paciente \_\_\_/\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_