

AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Esta autorización permite que la organización de salud y su proveedor nombrados en este documento podrán divulgar información medica y archivos confidenciales. Comentario: *Información o archivos respecto al tratamiento de menores, VIH, condiciones de salud siquiatra/mental, alcoholismo o drogadicción tienen normas especiales que requieren de autorización específica.*

AUTORIZACIÓN

Yo, autorizo a: _____
Médico/Organización de Salud

Para divulgar información acerca de mi historia médica, enfermedad o heridas, consulta médica, recetas, tratamiento, diagnóstico o pronóstico, incluyendo rayos X, correspondencia y/o archivos médicos incluyendo aquellos que pertenecen a mis otros proveedores en otras organizaciones de salud que la organización de salud y sus proveedores vigentes tienen en su poder, a través de correo, fax, o otros métodos electrónicos.

Para: _____
Nombre

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

La información médica/archivos será utilizada para los siguientes propósitos:

Esta autorización es:

Ilimitada (todos los archivos, excepto Drogadicción, Salud Mental, VIH Diagnóstico/ Tratamiento)

Limitada a la siguiente información médica: _____

También doy mi consentimiento para la específica divulgación de los siguientes archivos:

Alcoholismo/Drogadicción _____(iniciales)

Salud Siquiatra/Mental _____(iniciales)

Prueba Anticuerpos de VIH _____(iniciales)

VIH Diagnóstico/Tratamiento _____(iniciales)

Información Genética _____(iniciales)

Rev Aug 2015

PLAZO

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

RESTRICCIONES

Permiso para utilización posterior o divulgación de esta información médica no es otorgada, al menos que otra autorización sea obtenida de parte mía o a no ser que tal divulgación sea requerida o permitida específicamente por las ley.

La fotocopia de esta autorización firmada, será válida tanto como la original.

He sido aconsejado de mi derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma del Paciente, o *representante legal/ personal del paciente*

Parentesco si no es firma del paciente

Nombre del Paciente (En letra de molde)

Fecha

Número de Seguro Social del Paciente

Fecha de Nacimiento de Paciente

Nombre del Testigo

Firma del Testigo