

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)

PLAZO

Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente hasta
Date

RESTRICTIONS

Permissions for further use or disclosure of this medical information is not granted unless another authorization is obtained from me or unless such disclosure is specifically required or permitted by law.

A photocopy of facsimile of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

I have been advised of my right to receive a copy of this authorization.

Signature of patient *or legal/personal representative patient*

Relationship *if other than*

Patient's Name (PRINT)

Date

Patient's Social Security Number

Patient's Date of Birth

Witness name

Witness signature