

### AUTORIZACION DE USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

**(No utilice este formulario si registros a ser liberado relacionadas con resultados de la prueba del VIH, Salud Mental o Alcohol y las drogas de abuso)**

**EXPLICACIÓN:** Esta autorización es necesaria para nosotros cumplir con leyes estatales y federales relacionadas con el uso o divulgación de información médica protegida ("PHI") sobre el paciente identificado más abajo. Por favor proporcione que toda la información solicitada. Falta de proporcionar que toda la información solicitada puede impedirnos actuar sobre esta autorización.

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

Otros nombres: \_\_\_\_\_ Número de cuenta #: \_\_\_\_\_

1. PERSONAS AUTORIZADAS PARA DIVULGAR SU PHI. Yo autorizo a la siguiente persona o categoría de personas a revelar la información médica sobre paciente tal como se describe en la sección 2 siguiente (Nombre del Estado de médico o de identificación específico de la persona o grupo de personas) \_\_\_\_\_

2. DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN.. Esta autorización permite el uso y/o divulgación de la información siguiente acerca de paciente: (marque todas las cajas aplicables y selección inicial según sea necesario).

\_\_\_\_\_ (Inicial) Toda mi información de salud marcado abajo pertenecientes a cualquier historia clínica, condición física y tratamiento recibido. Excepto (opcional): \_\_\_\_\_

Registros de consultorios médicos  Registros hospitalarios  Películas de rayos x e imágenes  
 Resultados de laboratorio

O, solamente los siguientes registros o tipos de información médica o solamente en la fecha especificada (s): fecha (s) de tratamiento: \_\_\_\_\_ Type of Treatment: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Inicial) Otro: \_\_\_\_\_

3. LOS USUARIOS AUTORIZADOS Y LOS DESTINATARIOS. Autorizo a la siguiente persona o categoría de personas para recibir y/o utilizar la información de salud descrita en la sección 2 anterior: (indicar nombre y título si es aplicable). Nombre: \_\_\_\_\_ Título (si es aplicable) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

4. PROPÓSITO. Por la presente autorizo la información comprobada en la sección 2 anterior para ser usada o divulgada para los siguientes propósitos: (marque todas las casillas aplicables) (investigadores deben tener en cuenta que esto debe ser el estudio de investigación específicos, no para el lanzamiento de futuras investigaciones no especificado)

Solicitado por el representante de pacientes o personal  Otro: \_\_\_\_\_  
Médico o en la práctica a ser remunerado por esta información Si  No

5. DERECHO DE REVOCACIÓN. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que mi revocación por escrito y se ajusta a los requisitos descritos en el ProHealth aviso socios/Argus de prácticas de privacidad.
6. LÍMITES DE REVOCACIÓN. Entiendo que mi revocación serán efectiva a partir de su recepción por la persona que lo autorizado en la sección 1, pero no sería eficaz en la medida en que dichas personas han actuado de conformidad con esta autorización y en dependencia al respecto. Con respecto a la persona autorizada a recibir y utilizar información de salud descrita en la sección 3, si el paciente (o representante personal) solicitó la autorización, cualquier revocación será efectiva sólo cuando me comunico mi revocación directamente a ellos.
7. REVELACIÓN. Yo entiendo que si el destinatario de mi información en la sección 3 aove no es un proveedor de atención médica, un plan de salud o una asistencia sanitaria limpiando casa o no una entidad necesaria para cumplir con las regulaciones de privacidad federales o estatales de salud, mi información de salud puede ser revelada más por tal destinatario y mi información ya no puede ser protegida por leyes federales y estatales. Si esta autorización es para la divulgación de información de abuso de sustancias, el destinatario puede prohibirse a revelar la información de abuso de sustancias bajo los requisitos de confidencialidad federal abuso.
8. CALIFORNIA RESTRICCIONES. Entiendo que un destinatario de la información médica en California puede no más divulgar información médica acerca de mí (paciente) a menos que un nuevo formulario de autorización firmado por mí o mi representante personal o a menos que la divulgación es específicamente requerida o permitida por la ley.
9. DERECHO A DENEGAR EL SIGNO. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y que mi fracaso a firmar esta autorización no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, pagos o beneficios.
10. AUTOMÁTICA DURACIÓN DE UN AÑO. Esta autorización caducará automáticamente después de un 1 año desde la fecha de ejecución salvo que se especifique una fecha final diferente o un evento.

Fecha Final \_\_\_\_\_ O Evento \_\_\_\_\_

11. COPIAR RECIBIDO. Acuso recibo de una copia firmada de esta autorización \_\_\_\_\_(Inicial)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre de representante personal (si procede)Relación de representante personal a paciente

\_\_\_\_\_  
Direccion

\_\_\_\_\_  
Número telefónico

Tipo de identificación presenta. Adjunte copia (opcional) Verificada Si No Iniciales que verificaron

ATENCIÓN RECEPTOR: CUALQUIER DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA EXPEDIENTE POR EL RECEPTOR SE PROHÍBE EXCEPTO CUANDO implícito en el objetivo de la divulgación