

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**ESPECIFIQUE LA INFORMACIÓN A SER DIVULGADA:** (por ejemplo, resumen, resultados de laboratorio, etc.)

\_\_\_\_\_ Especifique la fecha del servicio: \_\_\_\_\_

**ESPECIFIQUE CUALQUIER INFORMACIÓN QUE NO DESEE QUE SE DIVULGUE:**

REMITENTE: Nombre de la persona, entidad o clase de la persona autorizada para divulgar la información anterior al centro: \_\_\_\_\_

DESTINATARIO: Nombre de la persona o la clase de las personas a quien el centro puede divulgar la información anterior: \_\_\_\_\_

Dirección a donde se debe enviar mi información de salud:

**PLAZO:** Esta autorización continuará vigente durante un año después de la fecha de la firma, a menos que yo indique lo contrario. Como alternativa, deseo que esta autorización tenga vigencia solamente hasta

**PROPÓSITO:** Autorizo que mi información de salud (incluida la información altamente confidencial, a menos que especifique lo contrario) sea enviada al centro o que la envíe el centro y se pueda utilizar y divulgar durante el plazo de esta autorización para los siguientes propósitos específicos: (Nota: "a solicitud del paciente" es suficiente si el paciente inicia esta autorización):

Tengo entendido que una vez que se divulga mi información de salud, no existe ninguna garantía de que el centro o el destinatario no vuelvan a divulgar mi información de salud a un tercero. Es posible que el tercero no esté obligado a cumplir esta autorización o ley federal y estatal aplicable que rige el uso y la divulgación de mi información de salud.

También entiendo que mi registro puede contener información relacionada con mi salud mental, VIH/SIDA, información genética, información de enfermedades venéreas, información de tuberculosis o información relacionada con pruebas o tratamientos contra las drogas y/o el alcohol. Al firmar esta autorización, si solicito que se divulguen mis registros, autorizo la divulgación de cualquier parte de la información anterior, así como cualquier otra información que se pueda estar incluida en mis registros. Si no deseo que alguna parte de esta información (o cualquier otra información) se divulgue, lo especificaré más arriba en la "información específica que no deseo que se divulgue".

Sé que puedo negarme a firmar o revocar (en cualquier momento) esta autorización por cualquier motivo y que dicha negación o revocación no afectará el inicio, la continuación o la calidad de mi tratamiento en el centro o en la entidad que envía la información (si corresponde). Excepto, sin embargo, si mi tratamiento en el centro es con el único propósito de crear información de salud para divulgarla al destinatario identificado en esta autorización, en cuyo caso el Centro puede rehusarse a tratarme si no firmo esta autorización. Además, ÚNICAMENTE si mi tratamiento se relaciona con mi participación en un estudio de investigación, tengo entendido que el centro puede negarse a tratarme si no firmo esta autorización, y que esta autorización no tendrá fecha de vencimiento.



RI0100



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES

Si deseo revocar esta autorización antes de la fecha de terminación antes mencionada (que es un año después de la fecha en que firme esta autorización, a menos que yo indique lo contrario, o si mi tratamiento está relacionado con mi participación en un estudio de investigación), debo proporcionar un aviso por escrito al funcionario de privacidad. La revocación no tendrá ningún efecto en cualquier medida que ya haya tomado la institución de conformidad con esta autorización antes de que recibiera mi revocación por escrito.

He leído esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y la divulgación de mi información de salud. Al firmar a continuación, autorizo voluntariamente al centro a utilizar o divulgar mi información de salud de la manera descrita anteriormente.

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE O PADRE DE FAMILIA, TUTOR O REPRESENTANTE                      FECHA.                      HORA

**(NOTA: Debe completarse este formulario antes de firmar).**

**Si el paciente no puede firmar, un testigo debe firmar a continuación:**

\_\_\_\_\_

**Si esta autorización es firmada por el padre, tutor o representante del paciente, complete lo siguiente:**

\_\_\_\_\_

NOMBRE EN IMPRENTA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL PACIENTE

**Describa la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

También autorizo al centro a utilizar mi información de salud con fines de comercialización, de modo que me pueden enviar información sobre productos o servicios. Estoy conciente de que el centro puede recibir pagos por esta información.

Firmado: \_\_\_\_\_ (paciente o representante)

**-USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN -**