



AUTORIZACION PARA REVELACION DE INFORMACION MEDICA

1. Por la presente, autorizo el uso o la revelacion de mi informacion medica como descrito abajo. Comprendo que la informacion descrita abajo esta autorizacion puede ser sujeta a re divulgacion por el recipiente y no estara protegida por las regulaciones de privacidad federal.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
Direccion _____ Numero de Telefono _____
_____ Numero del Paciente _____
Periodo de cobertura de cuidado de salud:
Desde (Fecha) _____ Haste (Fecha) _____, y

2. Informacion para ser descrita (marque todas las apropiadas):

Record de salud complete, o SOLO:

___ Historia y exámenes físicas _____ Reportes de consulta
___ Notas de progreso (visita) _____ Exámenes de laboratorio
___ Facturación/Financiera _____ Reportes radiográficos (Fotos, cintas,
radiográficas, o cualquier imagen)

3. ___(Iniciales) Yo específicamente doy consentimiento al lanzamiento de cualquier informacion relacionada con mis pruebas y tratamiento de VIH, SIDA, salud mental/tratamiento psiquiatrico o abuso de droga si alguno aparece en record medico.

**ESTA PROVISION DEBE SER MARCADA POR LAS INICIALES DE LA PERSONA DANDO
CONSENTIMIENTO O ESTA INFORMACION NO SERA LIBERADO.**

4. Esta informacion sera revelada (nombre y direccion)

Informacion revelada por (nombre y direccion)

para el proposito(s) de:

Por la solicitud del paciente

5. Esta autorizacion se expira en, no a exceder (1) ano. Comprendo que esta autorizacion puede ser revocada por escrito en cualquier momento, except al extent que la accion ha sido tomada en dependencia a esta autorizacion. Si fallo a especificar una fecha o revoco esta autorizacion, esta autorizacion se expirara un ano del dia en el cual ha sido firmado.

6. Comprendo que tengo el derecho de rechazar esta forma y que mi rechazo no resultara en el medico condicionando la provision de cuidado de salud con dos excepciones: 1. Negarse a firmar esta autorizacion, revelacion de informacion creada para investigacion que incluye ese tratamiento, puede resultar en el medico redinando proveer el tratamiento relacionado con la investigacion. 2. Rechazo de esta firma de autorizacion, si no es por revelacion de informacion creada por el exclusivo proposito de autorizacion de un tercero, puede resultar en el doctor disminuyendo de proporcionar atencion medica que es el solo proposito de crear informaci0n de salud protegida por revelacion de tercero.

Firmado: _____
Paciente

Fecha

(O) Representante Legal

Fecha

Testigo

Fecha