

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL

Completar un formulario por paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre

Fecha de Nacimiento

Dirección Ciudad, Estado, Código Posta

Dirección de Correo Electrónico

Teléfono

LIBERAR HISTORIAL MÉDICO DESDE:

Nombre

Nombre

Teléfono

Teléfono

Dirección Ciudad, Estado, Código Posta

Dirección Ciudad, Estado, Código Posta

Dirección de Correo Electrónico / Número de Fax

Dirección de Correo Electrónico / Número de Fax

FECHAS DE ATENCIÓN: (Requerido) ____/____/____ a ____/____/____

HISTORIALES MÉDICOS A LIBERAR: (REQUERIDO)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Visitas a la Oficina i.e. notas de progreso, medicamentos, historial médico | <input type="checkbox"/> Ecos i.e. cardiología | |
| <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio i.e. análisis de sangre, cultivos | <input type="checkbox"/> Registros de Vacunación | <input type="checkbox"/> Referencias- Especialista |
| <input type="checkbox"/> Informes de Radiología i.e. x-rays | <input type="checkbox"/> Tablas de Crecimiento | <input type="checkbox"/> Facturas Detalladas |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Atención de Salud Reproductiva- i.e. anticoncepción, atención previa a la concepción, embarazo, abortos. **TENGA EN CUENTA:** Esta autorización no permite la divulgación de **registros de atención de salud reproductiva**. Según la Regla de Privacidad de HIPAA, se requiere un formulario de Declaración separado sobre el use solicitado y la divulgación de información de salud protegida relacionada con la atención de salud reproductiva para divulgar dichos registros. Haga clic en este [enlace](#) para obtener una copia del formulario de certificación para completarlo.

(REQUERIDO) YO AUTORIZO YO NO AUTORIZO la liberación de información relacionada con el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o la infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana), atención psiquiátrica y/o evaluación psicológica, y tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas (INICIALES): _____

PROPÓSITO DE LA LIBERACIÓN: (REQUERIDO)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Copia Personal | <input type="checkbox"/> Determinación de Discapacidad | <input type="checkbox"/> Seguro | <input type="checkbox"/> Investigación Legal |
| <input type="checkbox"/> Transferencia de Cuidado (Motivo): | <input type="checkbox"/> Se Mudo | <input type="checkbox"/> Cambio de Seguro | <input type="checkbox"/> Doctor Adulto |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PACIENTE (SI EL PACIENTE TIENE 18 AÑOS O MÁS):

Reconozco que soy un representante legal o una persona autorizada del paciente mencionado arriba. Al firmar a continuación, estoy autorizando la liberación y divulgación de la información médica confidencial del paciente. Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo cancelar esta solicitud mediante notificación escrita, y esto no afectará ninguna información liberada antes de la notificación de cancelación. Comprendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o la entidad que la recibe y que ya no estaría protegida por las regulaciones federales. Entiendo que el proveedor médico al cual se autoriza proporcionar esta información no puede condicionar su tratamiento hacia mí en función de si firmo la autorización.

Firma del Representante Legal/Paciente mayor de 18 años

Fecha

Nombre Impreso del Representante Legal/Paciente mayor de 18 años

Relación con el Paciente