

**AUTORIZACIÓN para USO o DIVULGACIÓN
de INFORMACIÓN de SALUD PROTEGIDA**

Nombre del paciente _____
Expediente médico # _____
Nombre Departamento _____
No. de teléfono (336) 71 ____ - _____
Fecha recibo _____ Fecha envío _____
Copia entregada al solicitante (fecha) _____

**ESTE FORMULARIO DEBE LLENARSE
TOTALMENTE**

Yo consiento y autorizo a _____
(Persona(s) o clase de personas autorizadas para usar o divulgar la información)

(Dirección)

para que transmita a _____
(Persona(s) o clase de personas autorizadas para recibir la información)

(Dirección)

Descripción de la información que se puede usar o divulgar:

(La información puede incluir información relacionada con el tratamiento del alcoholismo, atención psiquiátrica, evaluaciones psicológicas, abuso de sustancias y/o VIH/SIDA, si correspondiera)

Información médica de la visita / internación más reciente, incluyendo las notas/resúmenes de los médicos y resultados de diagnósticos.

Información médica incluyendo las notas/resúmenes de los médicos y resultados de diagnósticos para los períodos desde _____ hasta _____.

Otros: Especificar la información que se transmitirá _____
para los períodos desde _____ hasta _____.

La información será usada o divulgada para los siguientes propósitos:

Por favor especifique la razón por esta solicitud, p.ej., tratamiento, seguros, jurídico, etc.

A solicitud del individuo

Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o plan médico protegido por los reglamentos federales de privacidad, la información descrita arriba podrá volver a divulgarse y ya no estará protegida por estos reglamentos.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que dicha negativa de firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago o mi derecho a beneficios. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información usada o divulgada bajo esta autorización hasta el grado permitido por ley.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación de revocación, por escrito, a la Oficina de Privacidad. Entiendo, además, que no puedo revocar esta autorización cuando ya se han tomado medidas basadas en la misma. Se me ha informado del derecho de revocar en el Aviso de Privacidad de WFUBMC. Esta autorización vence el _____.

Firma del paciente o representante personal (si correspondiera)

Fecha de nacimiento del paciente

Parentesco con el paciente

Teléfono del domicilio / oficina del solicitante

Autoridad de actuar

Fecha