

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

Patient Name \_\_\_\_\_  
 Medical Record # \_\_\_\_\_  
 Department Name \_\_\_\_\_  
 Telephone # (336) \_\_\_\_\_  
 Date Rec'd \_\_\_\_\_ Date Sent \_\_\_\_\_  
 Copy given to requestor (Date) \_\_\_\_\_  
**THIS FORM MUST BE COMPLETED IN FULL**

**Doy consentimiento y autorizo a**

(Dirección)  
**que le divulgue a**  
 \_\_\_\_\_  
 (Persona(s) o clase de personas autorizada a recibir la información)  
 \_\_\_\_\_  
 (Dirección)  
 \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**  
 \_\_\_ Entire \_\_\_ Abstract \_\_\_ OutPt. \_\_\_ ER  
 \_\_\_ Face \_\_\_ D/S \_\_\_ HP \_\_\_ OP \_\_\_ Path  
 \_\_\_ Lab \_\_\_ Xray \_\_\_ EKG \_\_\_ ProgNote  
 \_\_\_ PhyOrd.  
 Date: \_\_\_\_\_ WF \_\_\_\_\_  
 Pages: \_\_\_\_\_ NC \_\_\_\_\_  
 Comments: \_\_\_\_\_  
 Copied by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Descripción de información que puede usarse / divulgarse:**  
*(La información puede incluir información médica relacionada con tratamiento de alcohol, atención psiquiátrica, evaluaciones psicológicas, abuso de sustancias, y/o VIH / SIDA, si aplica.)*

Información Médica de visita / internada más reciente, incluyendo notas / resúmenes de médicos y resultados de diagnóstico.  
 Información Médica incluyendo notas / resúmenes de médicos y resultados de diagnóstico para el periodo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.  
 Otra: Especifique información a divulgar \_\_\_\_\_ para el periodo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

**La información se usará / divulgará para los siguientes propósitos:**

Por favor especifique la razón de esta solicitud, e.g. tratamiento, seguro, legal, etc.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 A solicitud del individuo

Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención de salud o plan de salud cubierto bajo los reglamentos federales de privacidad, la información antes descrita podría volver a divulgarse y ya no quedar protegida por estos reglamentos.

Entiendo que puedo rehusar firmar esta autorización y que el rehusarme a firmar no afectará mi habilidad de obtener tratamiento o pago, ni mi elegibilidad a beneficios. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información usada / divulgada bajo esta autorización hasta donde lo permita la ley.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar un aviso de revocación por escrito a la Oficina de Privacidad. También entiendo que no puedo revocar esta autorización para acciones ya tomadas en base a la misma. Se ha compartido conmigo información sobre el derecho a revocar, en el Aviso de Privacidad de WFBH Davie Hospital. Esta autorización vence el \_\_\_\_\_ (si no especificado, este formulario vence en 90 días).

\_\_\_\_\_  
 Firma de Paciente o Representante Personal (si aplica)

\_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del Paciente

\_\_\_\_\_  
 Parentesco o Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
 Tel. de Solicitante Casa/ Trabajo

\_\_\_\_\_  
 Autoridad para Actuar

\_\_\_\_\_  
 Fecha

