

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Paciente OR PLACE STICKER HERE	Fecha de Nacimiento	Teléfono: E-mail:
Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal		

Divulgación de Registros DE:

Doctor/Institución: _____

Dirección: _____

Teléfono/Fax: _____

Divulgación de Registros A: (multi-agencia pagina 2, si es que es aplicable)

Doctor/Institución: _____

Dirección: _____

Teléfono/Fax: _____

OPCION DE ENTREGA (POR FAVOR CIRCULE LO APROPIADO): PORTAL DEL PACIENTE / FAX / CORREO / LO RECOGO

REGISTROS QUE SERÁN DIVULGADOS (Por favor circule lo apropiado: DENTAL O MÉDICO):

<input type="checkbox"/> Expediente Completo del Paciente	<input type="checkbox"/> Notas de Consultas	<input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Radiología (incluyendo imágenes)	<input type="checkbox"/> Otro
Fechas: DE: _____		HASTA: _____		

POR FAVOR MARQUE LAS CASILLAS APROPIADAS PARA INCLUIR:

<input type="checkbox"/> Salud de Conducta Mental	<input type="checkbox"/> Enfermedades Transmitidas Sexualmente	<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol y Sustancias
<input type="checkbox"/> Verbal Iniciales _____ Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Escrito Iniciales _____ Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Verbal Iniciales _____ Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Escrito Iniciales _____ Fecha: _____

OBJETIVO DE DIVULGACIÓN: Cambio de Doctor / Dentista Continuidad de Atención Médica

Otro: _____

Autorizo que mi información sea divulgada con el propósito de mi cuidado médico. **Esta autorización permanecerá vigente por un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique una fecha diferente (fecha):** _____. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto cuando la información ya se haya divulgado. Entiendo que mi información de salud no puede ser usada o compartida de otras maneras a menos que yo dé otra autorización, o al menos que el uso esté específicamente permitido por la ley. Los destinatarios de California deben obtener autorización de usted antes de revelar esta información. La institución, sus empleados, oficiales y médicos son liberados de cualquier responsabilidad legal por revelar mi información de salud en la medida en que estén autorizados. Entiendo que una copia de esta autorización es tan válida como el original. Tengo derecho a una copia.

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal o Representante Autorizado

Fecha

() - _____

Imprima Nombre y Teléfono del Padre/Tutor Legal o Representante Autorizado

Parentesco al Paciente