

AUTORIZACIÓN PARA EL USO, INSPECCIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nota: Esta autorización no es válida a menos que se haya llenado completamente.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono: _____

1. Información a ser revelada - cubriendo los períodos de atención médica: (Pueden haber cargos por copiar estos archivos)

Desde (fecha) _____ Hasta (fecha) _____

- Resumen de dada de alta, Historial y exámenes físicos, Infonnes de consultas, Resultados de laboratorio, Informes de operaciones, Notas de progreso, Facturas detalladas, Informes de, Radiología solamente, Radiografías, Discos Compactos (CD's), Otros (Especifique)

2. Propósito de la solicitud:

- Tratamientos / Consultas, Copia del seguro, Abogado, Copia Personal, Otros

3. Persona autorizada para revelar la información

Persona autorizada para recibir la información

Blank lines for names of authorized persons.

4. Divulgación de Registros de Abuso de Drogas o alcohol, enfermedades contagiosas, psiquiatría y/o pruebas genéticas VIH, SIDA

Acuerdo que cualquier información relacionada con las el abuso de drogas o alcohol, enfermedades contagiosas, psiquiatría y / o pruebas genéticas puede ser divulgada. No (iniciales)

Acuerdo que cualquier registro médico o de facturación que contiene información relacionada con pruebas y /o tratamiento de VIH / SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) puede ser divulgado. No (iniciales)

5. Límite de tiempo y derecho de revocación de autorización:

Comprendo que puede revocar esta autorización en cualquier momento presentando un aviso por escrito al encargado de registros en el lugar donde los registros están localizados. Comprendo que mis registros ya pueden haber sido divulgados.

6. Redivulgación / Tratamiento / Condición:

Comprendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a volverse a divulgar por el destinatario y ya no está protegido por la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos del 1996. UPH, sus empleados, oficiales y médicos están por medio de la presente exonerados de cualquier responsabilidad u obligación de divulgar la información arriba indicada. Comprendo que no se me requiere que firme esta autorización como condición para obtener tratamiento, pago de servicios o elegibilidad de beneficios.

Firma del paciente o representante legal que ha solicitado la divulgación:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Autorizado para finnar si no es el paciente: _____

Verificación de la identidad del solicitante:

- Identificación con foto, Firma comparable, Otro (Especifique)

Verificado por: _____



Authorization for Use of Protected Health Information (Spanish)