

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Autorizo a _____ a divulgar a la siguiente persona o clase de personas: _____
(Nombre del centro/de la persona)

la siguiente información de mi historial médico:

Marque (✓) una opción:

<input type="checkbox"/> Diagramas de flujo	<input type="checkbox"/> Planes de atención a largo plazo	<input type="checkbox"/> Resúmenes de medicamentos
<input type="checkbox"/> Planes de atención a corto plazo	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Consentimientos
<input type="checkbox"/> Órdenes médicas	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Información demográfica
<input type="checkbox"/> Facturación	<input type="checkbox"/> Otra (enumere) _____	

que abarca el período de atención médica desde _____ hasta _____
(Fecha) (Fecha)

para los siguientes fines: _____

Si la información solicitada anteriormente incluye tratamiento para enfermedades mentales y afecciones psiquiátricas, abuso de drogas o alcohol, afecciones relacionadas con drogas, alcoholismo, resultados de pruebas de VIH, y tratamiento o diagnóstico de sida o de una afección relacionada con el sida, estoy de acuerdo en que esta información también sea divulgada.

Esta autorización vence el _____
(Fecha o acontecimiento, por ejemplo, traslado)

Entiendo que:

- tengo derecho a negarme a firmar esta autorización;
- tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a tal efecto a la entidad o persona a la que autoricé a divulgar la información;
- cualquier revocación que yo haga de mi autorización de divulgación no será efectiva para ninguna divulgación de información hecha antes de que la persona o entidad que divulga la información reciba notificación de la revocación;
- la información usada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por la normativa que exige a los proveedores de atención médica proteger la información médica identificable individualmente;
- el proveedor no condicionará el derecho al tratamiento o al pago al hecho de que se conceda esta autorización solicitada, a menos que la atención médica que se vaya a recibir tenga por objeto su divulgación a un tercero y esta autorización se refiera a su divulgación a dicho tercero.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Nombre del testigo (en letra de imprenta)

Nombre del tutor, si corresponde
(en letra de imprenta)

Cargo del testigo

Firma del paciente o tutor

Firma del testigo

Autoridad del representante personal si
firma en nombre de la persona (por ejemplo,
poder notarial) **Adjunte los documentos
que acrediten el tipo de autoridad.**

Firma del testigo

Fecha

Fecha