

Autorización para Liberación de Información de Salud Identificable Individualmente

Nombre del paciente		Número de teléfono de contacto:
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	Fechas de tratamiento De: A:

Persona/Organización está siendo ENTREGADA A:		La información de persona/organización se OBTENDRÁ DE:	
Nombre de la persona/organización		Nombre de la persona/organización/persona de contacto	
Dirección		Dirección	
Ciudad, Estado, Zip		City, State, Zip	
Telefono	Fax	Telefono	Fax:

Descripción específica de la información difundida:

Registros Medicos (Financieros/de seguros) Notas Medicos Reportes de laboratorios
 Reporte de inmunizacion Informes y/o copias de rayos X Lista de medicamentos
 Otro (debe especificar) _____

Esta información médica puede ser utilizada por la persona que autorice a recibir esta información para tratamiento médico o consulta, facturación o pago de reclamaciones, u otros fines que pueda dirigir.

ENTIENDO:

- Esto puede incluir registros de enfermedades transmisibles o venéreas, psiquiátricas, abuso de drogas y/o alcoholismo. La información autorizada para su uso o divulgación puede incluir información, que puede considerarse una enfermedad transmisible o venérea, que puede incluir, entre otras cosas, enfermedades como la hepatitis, la sífilis, la gonorrea y el virus de la inmunodeficiencia humana, también conocido como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- Esta autorización estará en vigor y surtirá efecto hasta el momento _____ (fecha o acontecimiento) en que expire la autorización.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya actuado en base a mi autorización o si mi autorización fue obtenida como una condición para obtener cobertura de seguro y el asegurador tiene el derecho legal de impugnar una reclamación.
- Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a que firme esta autorización.
- La información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y ya no puede estar protegida por la ley federal o estatal.

 Firma del paciente o representante personal

 Fecha

 Nombre del paciente o representante personal

 Relación con el paciente