

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DIVULGAR
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Sección A: Esta sección debe completarse para todas las Autorizaciones					
Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:		Dirección del Paciente:	
Nombre del Proveedor:			Nombre del Destinatario:		
Dirección del Proveedor:			Dirección del Destinatario:		
Teléfono del Proveedor:		Fax del Proveedor		Teléfono del Destinatario	
				Fax del Destinatario	
Esta autorización vencerá en lo siguiente: (Complete la Fecha o el Evento, pero no ambos).					
Fecha:			Evento:		
Propósito de la divulgación: <input type="checkbox"/> Medios <input type="checkbox"/> Medios Sociales <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____					
Descripción de la información que se utilizará o divulgará					
¿Es esta solicitud para notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí, entonces este es el único artículo que puede solicitar en esta autorización. Debe enviar otra autorización para otros elementos a continuación. <input type="checkbox"/> No, entonces puede marcar todos los elementos que necesite a continuación..					
Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):
<input type="checkbox"/> Formulario de Admisión <input type="checkbox"/> Notas del Gráfico Informe de Consulta Resultados de Laboratorio Informe Operativo <input type="checkbox"/> Nota de Procedimiento		<input type="checkbox"/> Pruebas de Diagnóstico <input type="checkbox"/> Informe de Eco <input type="checkbox"/> Electrocardiograma <input type="checkbox"/> Prueba de Estrés <input type="checkbox"/> Prueba/Terapia Especial <input type="checkbox"/> Informe de Ultrasonido		<input type="checkbox"/> Informe de Seguimiento <input type="checkbox"/> Toda la PHI en el expediente médico <input type="checkbox"/> Cuenta Detallada: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Otro:	
Entiendo que: Puedo negarme a firmar esta autorización y es estrictamente voluntaria. Es posible que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estén condicionados a la firma de esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas en base a esta autorización antes de recibir la revocación. Se pueden encontrar más detalles en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Si el solicitante o receptor no es un plan de salud, proveedor de atención médica, centro de compensación de atención médica o socio comercial de dicho plan de salud, proveedor de atención médica o centro de compensación de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad y se pueda volver a divulgar. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por una tarifa de copia razonable, si la solicito. Es posible que reciba una copia de este formulario después de firmarlo.					
Sección B: La solicitud de PHI es para fines de marketing o para la venta de PHI					
¿Recibirá el destinatario un pago directo/indirecto a cambio de utilizar o divulgar esta información para fines de marketing? En caso afirmativo, describa:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Recibirá el destinatario una retribución económica o en especie a cambio de la venta de esta información?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sección C: Firmas					
He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información médica protegida como se indica.					
Firma del Paciente/Representante del Paciente:			Fecha:		
Nombre en Letra de Imprenta del Representante del Paciente:			Relación con el Paciente:		
Indique la autoridad del representante autorizado para actuar en nombre del paciente: (encierre uno) o Padre/Tutor Legal o Poder Limitado o Poder General o Otro (Por favor describa): _____					