

## AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

### EXPLICACIÓN

Al llenar este formulario, usted autoriza la divulgación y/o el uso de información médica personal con la que se puede identificar, según se define a continuación, de acuerdo con las leyes federales y estatales en cuanto a la confidencialidad de dicha información.

**El no proporcionar  *toda*  la información solicitada puede invalidar esta autorización**

### USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo el uso o la divulgación de mi información médica de la manera siguiente:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Personas / organizaciones autorizadas a  *usar o divulgar*  la información: \_\_\_\_\_

Personas / organizaciones autorizadas a  *recibir*  la información: \_\_\_\_\_

Dirección / número de teléfono / número de fax de la parte que recibe la información: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Esta autorización se aplica a los siguientes tipos de información (Elija solamente uno):

Toda la información médica relacionada con el historial médico, el estado físico o mental o el tratamiento recibido. Excepto: \_\_\_\_\_

Solamente los registros o tipos de información médica listados (incluya las fechas): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque donde corresponde):

Información sobre tratamiento de salud mental

Resultados de análisis de VIH

Información sobre tratamiento de alcoholismo o drogadicción

Se requiere una autorización por separado para autorizar la divulgación o uso de las notas de psicoterapia.

### OBJECTIVO

Objetivo del uso o divulgación solicitados:  solicitud de paciente;  otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### VENCIMIENTO

Esta autorización se vence el: \_\_\_\_\_

**RESTRICCIONES**

Las leyes del estado de California prohíben la divulgación de mi información médica por la parte que haya recibido dicha información a terceros, a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o que dicha divulgación se requiera o se permita específicamente en virtud de las leyes vigentes.

**SUS DERECHOS**

No estoy obligado a firmar esta autorización.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser escrita, contar con mi firma o la de mi representante, y entregarse a la siguiente dirección: \_\_\_\_\_

Mi revocación tendrá vigencia en la fecha de recibo, pero no tendrá vigencia en cuanto a las acciones basadas en esta autorización de la parte que haya solicitado la información u otras partes.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

**SI UN TERCERO HA SOLICITADO ESTA AUTORIZACIÓN**

Mi información médica se usará para los siguientes propósitos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que se me está solicitando a usar o divulgar.

El proporcionar o no esta autorización no afectará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios. (véase la nota al final para las excepciones).

Si marque esta casilla , la parte que solicita la información recibirá compensación por el uso o la divulgación de mi información.

**FIRMA**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM/PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(Paciente / representante / conyuge / parte con responsabilidad financiera)

Si la firma no es la del paciente, indique su relación con el paciente:

Testigo: \_\_\_\_\_

*(Si ha autorizado la divulgación de su información médica a una parte que no está obligada legalmente a mantenerla de manera confidencial, es posible que sea divulgada a terceros y que no cuente con las protecciones legales. Las leyes del estado de California prohíben la divulgación de mi información médica por la parte que haya recibido dicha información a terceros, a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o que dicha divulgación se requiera o se permita específicamente en virtud de las leyes vigentes.)*