



**Autorización para divulgar información médica protegida**

(POR FAVOR IMPRIMIR)

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ **Solicito que mi información de salud protegida**

**de: \_\_\_\_\_ (Práctica) sea divulgada a:**

Centro-Médico-Persona: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ (\*\*Me han explicado el riesgo asociado con la divulgación de información médica protegida a través de correo electrónico no seguro. Entiendo esos riesgos y selecciono proceder con la divulgación de mi información médica protegida desde o hacia BMRHC) \_\_\_\_\_ Iniciales del paciente ( Requerido)

**Autorizo que la siguiente información de salud protegida sea divulgada de mi(s) expediente(s) médico(s):**

- Fecha(s) de Servicio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a través de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Nota de oficina       Resultados de pruebas (laboratorio, rayos X, patología)       Registros de facturación
- Otro (Registros de vacunación, Listas de medicamentos) Por favor especifique: \_\_\_\_\_

Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y abuso de alcohol o drogas. La ley federal protege la siguiente información. **Si esta información se aplica a usted, indique si desea que se divulgue/obtenga esta información.** (incluya fechas cuando corresponda):

**Registros de abuso de alcohol, drogas o sustancias**  Sí  Sin fechas: \_\_\_\_\_

**Pruebas y resultados del VIH**  Sí  Sin fechas: \_\_\_\_\_

**Salud mental**  Sí  Sin fechas: \_\_\_\_\_

**Finalidad de la solicitud de información:**

- Uso personal       Atención continua  Fines Legales  Propósitos del seguro  Otro \_\_\_\_\_

**Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:**

1. tengo underecho a retirarse esta autorización en cualquier momento. Las solicitudes de retiro deben realizarse por escrito y presentarse a la práctica. Entiendo que detener esta divulgación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado.
2. Esta autorización expirar \_\_\_\_\_ (insertar fecha o evento). Si no especifico una fecha de vencimiento o un evento, esta autorización vencerá a los 90 días a partir de la fecha en que se firmó.
3. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios no pueden estar condicionados a si firmo esta autorización.
4. Una vez que se divulgue la información anterior, puede servuelto a revelar por el destinatario y la información puede no estar protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.
5. Puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para recibir beneficios. Puedo inspeccionar u obtener una copia de cualquier información utilizada o divulgada bajo esta autorización.
6. Las solicitudes de copias de registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales/estatales.

**RECONOCIMIENTO**

\_\_\_\_\_  
Paciente  Firma del padre, tutor, representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SÓLO PARA USO DE OFICINA:**  Identificación verificada (por ejemplo, copia de la licencia de conducir, firma del cheque, etc.)

Recogido (quién) \_\_\_\_\_  Enviado por correo  Por fax  Otro \_\_\_\_\_

Personal de oficina: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_