

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Esta autorización permite al/a los proveedor(es) de atención de la salud nombrados a continuación divulgar información y registros médicos confidenciales. Nota: La *información y registros relativos al tratamiento de menores, VIH, trastornos psiquiátricos/de salud mental, o abuso de alcohol/sustancias tienen normas especiales que requieren autorización específica.*

### AUTORIZACIÓN

Por medio de la presente autorizo a \_\_\_\_\_  
Médico/Institución de Cuidado de la Salud

A divulgar información acerca de \_\_\_\_\_ (Nombre del paciente) \_\_\_\_\_ (Fecha de nacimiento del paciente) acerca de mi historia clínica, enfermedades o lesiones, consultas, prescripciones, tratamiento, diagnóstico o pronóstico, incluyendo rayos x, correspondencia y/o registros médicos incluyendo los que sean de otros proveedores de atención de la salud distintos del nombrado arriba, mediante correo, fax u otros medios electrónicos.

Para: \_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

La información/registros médicos serán utilizados para el siguiente fin:

Esta autorización es:

Ilimitada (todos los registros, excluyendo Abuso de sustancias, Salud mental, Diagnóstico/tratamiento de VIH)

Limitada a la siguiente información médica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

También presto consentimiento a la divulgación específica de los siguientes registros:

Drogas/Alcohol/Abuso de sustancias \_\_\_\_\_(Iniciales)

Psiquiátrica/Salud mental \_\_\_\_\_(Iniciales)

Pruebas de anticuerpos para VIH \_\_\_\_\_(Iniciales)

Diagnóstico/Tratamiento de VIH \_\_\_\_\_(Iniciales)

Información genética \_\_\_\_\_(Iniciales)

DURACIÓN

Esta autorización será efectiva de inmediato y permanecerá vigente hasta \_\_\_\_\_  
Fecha

RESTRICCIONES

No se brinda permiso para otros usos o divulgaciones de esta información médica a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o a menos que dicha divulgación se requiera de manera específica o esté permitida por ley.

Una copia fotostática o facsímil de esta autorización será considerada tan efectiva y válida como el documento original.

Se me ha informado de mi derecho de recibir una copia de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación *legal/personal si no es el representante del paciente.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (LETRA DE MOLDE) Fecha

\_\_\_\_\_  
Número del seguro social del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo