

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

NOMBRE DEL PACIENTE (POR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE):	FECHA DE NACIMIENTO:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: (Últimos 4 dígitos solamente)	
	# de Licencia de Conducir (solamente requerido si usted NO pide los expedientes en persona):		
	Correo Electrónico:		
Información Proporcionada Por:			
Libere Expedientes A:	Dirección:	Ciudad:	
	# De Teléfono:	Estado:	Código Postal:
Método de Divulgación <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> # De Fax: _____ <input type="checkbox"/> CD o DVD protegido por contraseña <input type="checkbox"/> Portal (Si escoge el portal, por favor proceda a la línea de firma. No se requiere ninguna otra acción.) <input type="checkbox"/> Otro : _____ <input type="checkbox"/> Correo Electrónico : _____ (Encierre Uno) Seguro/Encriptado o Inseguro/Des encriptado Tome en cuenta manda un correo electrónico inseguro/des encriptado por el internet, hay algún nivel de riesgo que la información pueda ser leída o de lo contrario accedida por una tercera persona mientras esta en tránsito. Por favor escriba sus iniciales aquí declarando que usted desea que la información sea enviada des encriptada: _____			
DESCRIPCIÓN DE INFORMACIÓN PARA SER USADA O DIVULGADA:			
Fechas de Tratamiento:	Lugar de Tratamiento: <input type="checkbox"/> Hospitalizado <input type="checkbox"/> Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> Ambulante <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		
Escoja de lo siguiente (por favor escriba sus iniciales al lado de los documentos):			
_____ Todos los Reportes Dictados _____ Reportes de Radiología _____ Reportes de Patología _____ Expediente de Anestesia _____ Todo el Expediente	_____ Laboratorio (Podría incluir información de SIDA/VIH) _____ Resumen Pertinente _____ Expediente de Sala de Emergencia _____ Registro de Facturación _____ Fotografías/Imágenes	_____ Historia y Físico _____ Resumen de Alta _____ Consulta _____ Reporte Operativo/Procedimiento _____ Otro (especifique)	
Entiendo que:			
1. Yo puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en cualquiera de las acciones tomadas por la instalación revelando la información (a continuación referida a la "instalación") previo a que la instalación reciba la revocación. 2. Esta autorización le permite a la instalación proporcionar los documentos indicados en mi expediente médico, incluyendo aquellas copias de otras instalaciones de salud y proveedores conforme a lo solicitado. La información liberada ya no podría ser protegida por las regulaciones de privacidad federales y podría ser divulgada nuevamente. 3. Cualquier divulgación de expedientes sobre diagnóstico y/o tratamiento de alcohol y/o abuso de drogas está cubierto por el Título 42 CFR, y si hay tal información, Yo por la presente autorizo la liberación de esta información. Esta autorización también incluye cualquier información relacionada a la diagnosis y/o tratamiento de cualquier enfermedad psiquiátrica o mental o cualquier estado de infección con el virus del VIH (SIDA). 4. La instalación por el presente esta liberada de cualquier responsabilidad y el suscrito libera de toda responsabilidad a la instalación por cumplir con esta autorización. 5. Mi autorización firmada (escrita) se vencerá en noventa (90) días a menos que yo provea una fecha o evento de vencimiento alterno. Esta autorización no aplica a cualquier fecha de servicio que ocurre después de la fecha que esta autorización fue firmada. El Portal de Acceso al Paciente se vencerá tras la terminación de la cuenta del Portal.			
He leído y entendido esta autorización. Por presente, yo autorizo la liberación, uso, y divulgación de lo pedido antedicho de la información de salud protegida acerca de mi persona.			
_____ Firma del Paciente		_____ Firma del Representante Autorizado del Paciente	
_____ Fecha	_____ Descripción de la Autoridad del Representante Para Actuar por el Paciente	_____ Número de Teléfono	

