

AUTORIZACION PARA PROPORCIONAR INFORMACION MEDICA

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Expediente _____ Número de Seguro Social (Opcional) _____

Yo _____ a través de la presente, autorizo a
(Paciente o Persona que le Representa)

_____ para proporcionar cierta información médica del paciente que
(Nombre del Proveedor de Servicios Médicos/Plan)

arriba se menciona a: _____
(Nombre/Dirección/Teléfono/Fax de la persona/organización que recibirá la información)

con el propósito específico de: _____

Especifique la información que será proporcionada: _____

Entiendo que ésta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición: _____

Entiendo que si no especifico una fecha o condición de expiración, esta autorización será válida por el período de tiempo necesario hasta por un año, con excepción de la información financiera, en cuyo caso la autorización es válida indefinidamente. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento en cuyo caso se me pedirá firmar la *Sección de Revocación* que se encuentra en el reverso de ésta forma. También entiendo que cualquier acción tomada por esta autorización antes de la fecha de expiración es legal.

Entiendo que mi información pudiera no estar protegida de ser re-proporcionada por el solicitante de la información; sin embargo, si esta información está cubierta por las Regulaciones Federales de Confidencialidad de Abuso de Substancias, el proveedor de servicios de salud pudiera no re-proporcionar la información, sin una autorización escrita, a menos que las leyes estatales o federales así lo estipulen.

Entiendo que si mi expediente contiene información relacionada al VIH, SIDA, o a alguna condición relacionada con el SIDA, alcohol, abuso de drogas, condiciones psicológica o psiquiátrica, o exámenes genéticos; esta autorización incluye el proporcionar esa información.

Entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización y que el negarme a firmar no afectará mi posibilidad de obtener tratamiento, pago por servicios, o mi elegibilidad de obtener beneficios; sin embargo, si un servicio es solicitado por un proveedor de servicios que no da tratamiento (ejemplo, compañía de seguros) con el único propósito de crear información de salud (ejemplo, un examen físico), el servicio pudiera ser negado si no se da la autorización. Si el tratamiento es experimental, el tratamiento podría ser negado si no es autorizado.

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.



(Firma del Paciente)

(Fecha)

(Testigo-Si se requiere)

(Firma del Representante Personal)

(Fecha)

(Relación o autoridad del Representante)

NOTA: Esta autorización fué revocada en:

(Fecha)

(Firma de Personal Autorizado de la Agencia)

SECCION DE REVOCACION

A través de la presente solicito que la autorización para proporcionar información médica de: _____
(Nombre del Paciente)

firmada por _____ en _____
(Nombre de la persona que firmo la autorización) (Fecha en que fué firmada)

sea revocada, a partir de _____. Entiendo que cualquier acción tomada por ésta autorización antes de la fecha
(Date)
de revocación es legal.



(Firma del Paciente)

(Fecha)

(Firma del Testigo)

(Fecha)

(Firma del Representante Personal)

(Fecha)

(Relación o autoridad del Representante)

Sección de Revocación Verbal

Yo testifico que se ha solicitado verbalmente la revocación de esta autorización por:

Nombre del Paciente o Persona que le Representa

El día _____. El Paciente o su Representante han sido informados que cualquier acción tomada
anterior a esta fecha de revocación es legal y válida.

Firma del Personal Autorizado

Fecha

Firma del Testigo

Fecha