

Autorización para [] para usar o revelar mi información de salud

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre anterior: _____

I. mi autorización

Puede usar o revelar la siguiente información del cuidado de la salud (marque todas las que apliquen):

- Toda la información sanitaria en mi expediente médico
- La información sanitaria en mi expediente médico en relación con el siguiente tratamiento o condición: _____
- Información de la salud en mi expediente médico para las fechas: _____
- Otros (por ejemplo, radiografías, facturas), especificar fecha: _____

Puede utilizar o divulgar información de salud en cuanto a pruebas, diagnóstico y tratamiento para (marque todas las que apliquen):

- VIH (virus del SIDA)
- Enfermedades de transmisión sexual
- Salud mental/trastornos psiquiátricos
- Uso de drogas o alcohol

Usted puede divulgar esta información al cuidado de la salud:

Nombre (o título) y la organización: _____ teléfono: _____

Motivos para esta autorización (marque todas las que apliquen):

- A petición mía
- Marque sólo si la petición es para obtener una autorización para fines de marketing
- Otros (especifique): _____
- Marque sólo si algo de valor o pago si obtiene para proporcionar información de salud para fines de marketing

Esta autorización termina: (Este documento no permite la divulgación de información médica creada más de 90 días tras la fecha de firma).

- En 90 días a partir de la fecha de firma
- El (fecha): _____
- Cuando se produce el siguiente suceso: _____
(no más de 90 días desde la fecha firmaron)

II. mis derechos

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción). Sin embargo, tengo que firmar un formulario de autorización:

- Para participar en un estudio de investigación; o
- Para recibir atención médica cuando el propósito es crear salud información para un tercer partido.

Puedo revocar esta autorización por escrito. Si lo hiciera, no afectaría todas las medidas ya adoptadas. No seré capaz de revocar esta autorización si su objetivo era obtener un seguro. Dos maneras de revocar esta autorización son:

- Llenar un formulario de revocación; o
- Escribir una carta al (centro de atención de salud práctica).

Una vez que se divulga la información sanitaria, la persona u organización que recibe puede volver a revelarla. Las leyes de privacidad ya no podrán protegerlo.

Firma cada paciente o legalmente autorizada

fecha

¿qué hora es?

Nombre impreso si firmó en nombre de la paciente

relación (padres, tutor, representante personal, etc.).