

## Autorización de entrega y divulgación de Información médica protegida

Información del paciente	Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____ Alias/Apodo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono diurno: _____
Proveedor de servicios de salud clínicos (¿Quién tiene la información que desea que se entregue?) Describa al proveedor o la clínica específica.	Nombre del proveedor o la clínica: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Fax: _____ Teléfono diurno: _____
Parte destinataria (¿a dónde desea que se envíe la información?)	Nombre de la parte destinataria: _____ A la atención de: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Fax: _____ Teléfono diurno: _____
Información para entregar (¿Qué desea que se envíe o entregue? Marque la casilla correspondiente).	<input type="checkbox"/> Conjunto de registros designado (incluyen registros del paciente, demográficos, médicos y de facturación) - Últimos dos (2) años. <input type="checkbox"/> Registros relacionados con una fecha de servicio o una enfermedad específica (especifique la fecha de servicio o la enfermedad): _____  <input type="checkbox"/> Todos los registros del conjunto de registros designado - Iniciales del paciente: _____ <input type="checkbox"/> Otros (especifique el tipo de registros): _____
Entrega de información médica delicada:	La información médica entregada puede contener información sobre salud mental, abuso de drogas o alcohol, VIH o sida, enfermedades de transmisión sexual o planificación familiar. Marque una de las siguientes opciones y escriba sus iniciales para entregar o no entregar esta información delicada que puede estar en sus registros: Entregar: <input type="checkbox"/> o No entregar: <input type="checkbox"/> Iniciales _____
Motivo de la divulgación (¿Por qué se necesita? ¿Por qué la quiere?)	Atención médica: <input type="checkbox"/> Uso personal: <input type="checkbox"/> Legal: <input type="checkbox"/> Seguros: <input type="checkbox"/> Otro - Especifique: _____
Instrucciones para la entrega (¿Cómo y dónde desea que se entregue la información? ¿Quién quiere que la recoja, si no es usted, y CHC tiene documentos válidos en su archivo?)	1. Entregar los registros: a. <input type="checkbox"/> Impresos <input type="checkbox"/> Se recogerán en persona <input type="checkbox"/> Enviar por correo al destinatario <input type="checkbox"/> Enviar por fax al destinatario <input type="checkbox"/> Número de fax: _____ b. <input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> Se recogerán en persona <input type="checkbox"/> Enviar por correo al destinatario 2. Si se recogerán en persona, la persona que recogerá los registros es <input type="checkbox"/> El paciente <input type="checkbox"/> Padre, madre, familiar o amigo <input type="checkbox"/> Representante legal (CHC debe tener los documentos correspondientes en su archivo) 3. Nombre de la persona que recogerá los documentos: _____ Relación con el paciente: _____ 4. Verificación de la identidad de la persona que recoge los registros: Licencia de conducir, tarjeta de Costco o tarjeta bancaria con fotografía.
1. La autorización tendrá una vigencia de un año a partir de la fecha de la firma, excepto cuando usted escriba una fecha de vencimiento diferente a continuación: Fecha: _____ 2. Mis tratamientos, pagos, inscripción y elegibilidad para beneficios no serán condicionados a la firma de esta autorización. 3. Puedo revocar esta autorización por escrito y en cualquier momento, excepto en la medida en que una acción ya se haya realizado con base en ella. También entiendo que la información usada o entregada de conformidad con esta autorización puede volver a divulgarse y ya no estar protegida por las reglamentaciones federales. 4. Se cobra una tarifa por algunas copias de la información médica, misma que debe cubrirse por adelantado. 5. MENORES DE 13 A 17 AÑOS: se requiere la firma de un menor de edad para entregar información referente a los siguientes servicios: Atención reproductiva, como anticonceptivos, embarazo (a cualquier edad), enfermedades de transmisión sexual (14 años o más), abuso de las drogas y el alcohol (13 años o más) y salud mental (13 años o más). Consiento a la entrega de la información médica protegida.	
_____ Firma del paciente, tutor o persona con poder notarial      Facultades para firmar en nombre del paciente (se requiere documento)      Fecha	
AUTORIZACIÓN PARA REVOCAR ESTE PERMISO DE DIVULGACIÓN: _____ Firma del paciente      Fecha	