



# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

**LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR:**

Persona/Instalación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

**LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA A:**

Persona/Instalación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

**MÉTODO DE DIVULGACIÓN::**

\_\_\_\_ Recogida en clínica/instalación

\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: (tenga en cuenta que el envío de correos electrónicos puede no ser un método seguro de comunicación)

\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN A DIVULGAR: (Selección Inicial)**

\_\_\_\_ Registro Médico General    \_\_\_\_ Registros de ETS    \_\_\_\_ Registros de tuberculosis    \_\_\_\_ Historia y resultados físicos

\_\_\_\_ Vacunas    \_\_\_\_ Planificación familiar    \_\_\_\_ Registros prenatales    \_\_\_\_ Consultas    \_\_\_\_ Notas de progreso

\_\_\_\_ Informes de pruebas de diagnóstico (especifique el tipo de prueba) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Otra (especificar) \_\_\_\_\_

**Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con: (selección inicial)**

\_\_\_\_ resultados de la prueba de VIH    \_\_\_\_ Registros de clientes del proveedor de servicios de abuso de sustancias

\_\_\_\_ Notas psiquiátricas, psicológicas o psicoterapéuticas    \_\_\_\_ Intervención rápida    \_\_\_\_ WIC

**PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:**

\_\_\_\_ Continuidad de la atención    \_\_\_\_ Uso personal    \_\_\_\_ Otra (especificar) \_\_\_\_\_

**FECHA DE VENCIMIENTO:** Esta autorización vencerá (insertar fecha o evento). Entiendo que si no especifico una fecha o evento de vencimiento, esta autorización vencerá doce (12) meses a partir de la fecha en que fue firmada.

**REDVULGACIÓN:** Entiendo que una vez que se divulgue la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.

**CONDICIONAMIENTO:** Entiendo que completar este formulario de autorización es voluntario. Entiendo que no se me negará el tratamiento si me niego a firmar este formulario.

**REVOCACIÓN:** Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, entiendo que debo **hacerlo por** escrito y que debo presentar mi revocación al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Relación del Representante Legal con el Cliente

Si usted es un representante legal de la persona cuya información solicita, debe proporcionar documentación que demuestre su autoridad legal para solicitar esta información (por ejemplo, poder, formulario de sustituto de atención médica, orden, nombramiento de tutela, orden de nombramiento de personal representante, cartas de administración).

**Client Name:** \_\_\_\_\_

**ID#:** \_\_\_\_\_

**DOB:** \_\_\_\_\_

**Original:** To File    **Copy:** To Client    **Copy:** To Accompany Disclosure