

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Authorization for the Use or Disclosure of Protected Health Information



SOURCE: HIM

Complete todas las secciones, fecha y firma.

Complete all sections, date and sign.

- I. Yo, _____, autorizo la divulgación de la información en mi archivo médico.
I, _____, authorize the disclosure of the information in my medical record.

Fecha de nacimiento: _____ **SSN (últimos 4 dígitos):** XXX-XX-_____
Date of birth SSN (last 4 digits)

La información debe ser divulgada por: <i>The information is to be released by:</i>	Y debe proporcionarse/enviarse a: <i>And must be provided/sent to:</i>
NOMBRE DE LA INSTALACIÓN <i>Facility name</i>	NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACIÓN/INSTALACIÓN <i>Name of person/organization/facility</i>
DIRECCIÓN <i>Address</i>	DIRECCIÓN <i>Address</i>
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL <i>City, state zip</i>	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL <i>City, state zip</i>

III. **El propósito o la necesidad de esta divulgación es:**

The purpose or need for this disclosure is (check one or more):

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Continuar tratamiento
<i>Continue treatment</i> | ☐ Abogado
<i>Attorney</i> | ☐ Escuela
<i>School</i> | ☐ Investigación
<i>Research</i> |
| ☐ Uso personal
<i>Personal use</i> | ☐ Seguro
<i>Insurance</i> | ☐ Discapacidad
<i>Disability</i> | ☐ Otra cosa _____
<i>Other</i> |

IV. **Información que debe divulgarse de mi registro médico: (Marque la(s) casilla(s) apropiada(s))**

Information to be released from my medical record: (Check all appropriate boxes)

- ☐ **Sólo información relacionada con (especificar)** _____
Only information related to (specify)
- ☐ **Sólo para fechas de servicio de** _____ **a** _____
Only for dates of service from _____ *to* _____
- ☐ **Otros (especificar) (por ejemplo, radiología, facturación, etc.)** _____
Other (specify, e.g., radiology, billing, etc.)
- ☐ **Registro completo**
Entire record

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Authorization for the Use or Disclosure of Protected Health Information



SOURCE: HIM

V. Si desea que se divulgue cualquiera de la siguiente información confidencial, marque las casillas correspondientes a continuación:

If you would like any of the following confidential information disclosed, please check the appropriate boxes below:

- | | |
|---|--|
| ☐ Tratamiento/remisión para el abuso de alcohol/drogas
<i>Alcohol/drug abuse treatment or referral</i> | ☐ Salud mental (aparte de las notas de psicoterapia)
<i>Sexually transmitted diseases</i> |
| ☐ Enfermedades de transmisión sexual
<i>HIV/AIDS testing and treatment</i> | ☐ Pruebas genéticas
<i>Mental health (other than psychotherapy notes)</i> |
| ☐ Pruebas y tratamiento del VIH / SIDA
<i>Genetic testing</i> | ☐ Salud sexual y reproductiva
<i>Sexual and reproductive health</i> |

VI. Entiendo que al firmar esta autorización, mi tratamiento, pago e inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi autorización de esta divulgación.

I understand that by signing this authorization, my treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned on my authorization of this disclosure.

VII. Entiendo que la información divulgada puede estar sujeta a redivulgación por parte de la persona o entidad que la recibe y entonces ya no estaría protegida por las regulaciones federales de privacidad.

I understand that the information disclosed may be subject to redisclosure by the person or entity receiving it, and may then no longer be protected by federal privacy regulations.

VIII. Puedo revocar esta autorización notificando a _____ Sin embargo, entiendo que cualquier acción ya tomada en base a esta autorización no puede revertirse y mi revocación no afectará esas acciones.

I may revoke this authorization by notifying _____. However, I understand that any action already taken based on this authorization cannot be reversed, and my revocation will not affect those actions.

IX. Esta autorización expira el _____, 20____, O en el siguiente evento: _____. Si no se especifica ninguna fecha o evento, la autorización expirará automáticamente un (1) año después de la fecha de firma.

This authorization expires on _____, 20____, OR upon the following event: _____. If no date or event is specified, the authorization will automatically expire one (1) year from the date of signature.

FIRMA DEL PACIENTE

Patient signature

FECHA

Date

FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Personal representative signature

RELACIÓN CON LA FECHA DEL PACIENTE

Relationship to patient

FIRMA DEL TESTIGO (Si la firma del paciente es una huella digital o una marca)

Witness signature (if patient's signature is a fingerprint or mark)

FECHA

Date

Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

This institution is an equal opportunity provider and employer.