

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
PROTEGIDA**

Nombre del paciente:

Apellido	Nombre	Segundo nombre
----------	--------	----------------

Dirección particular:

N.º de teléfono particular/celular: _____ / _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico (en letra de imprenta): _____

DESTINATARIO: Nombre de la organización/persona a quien el Hospital puede divulgar mi información médica, incluidos la dirección, el teléfono y/o el número de fax del destinatario, según corresponda.

(Nota: en caso de que la recoja otra persona, dicha persona deberá presentar un documento de identidad para su verificación).

Nombre del destinatario: _____

Dirección del destinatario: _____

Número de fax del destinatario: _____ Número de teléfono del destinatario: _____

Fecha(s) del tratamiento objeto de la divulgación:

Tipo de información objeto de la divulgación: (Marque las casillas que corresponda e incluya información adicional donde se indique)

Resumen médico Datos demográficos Historial y datos físico Resumen del alta Registro completo Registro de sala de emergencias

Consulta(s) Informe(s) operativo(s) Informe(s) de laboratorio Informe(s) de radiología Informe de patología Otro:

Si procede: fotos, imágenes, videos. Debe especificarse el procedimiento y la fecha: _____

Finalidad de la divulgación:

Asistencia médica Seguro Asuntos personales Asuntos legales _____ Discapacidad Otros: _____

Opciones de entrega: Papel Para recogida Envío por correo de EE. UU. a la dirección anterior

Electrónico (el formato se determinará de mutuo acuerdo) _____

Entiendo que la información que se divulgará incluye mi identidad, diagnóstico y tratamiento, incluida la información sobre el **CONSUMO DE ALCOHOL, CONSUMO DE DROGAS, ANÁLISIS GENÉTICOS, SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL O MENTAL, DERECHOS REPRODUCTIVOS, SIDA y VIH, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, TUBERCULOSIS y otras ENFERMEDADES INFECCIONAS**, según corresponda.

Esta autorización vencerá de manera automática 120 días después de la fecha de mi firma, a menos que yo especifique que finalizará en la siguiente fecha, o de manera simultánea con el siguiente evento o condición: _____

Mi intención es que se prohíba el uso de la información proporcionada para cualquier fin que no sea el indicado con anterioridad y que el destinatario tenga prohibido divulgar esta información a cualquier otra parte a quien la divulgación no sea necesaria o requerida para el propósito que se ha indicado. Entiendo que esta divulgación de mi información médica, de acuerdo con los términos y condiciones de esta Autorización, también conlleva la posibilidad de una redivulgación no autorizada de mi información médica, y a partir de ese momento mi información podría dejar de estar protegida por las leyes de confidencialidad federales y estatales que rigen el uso y la divulgación de mi información médica.

De acuerdo con la ley aplicable, la divulgación de determinados tipos de información confidencial de menores de entre 13 y 17 años no se divulgará sin la autorización del menor.

