



# AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

## LA INFORMACIÓN PUEDE SER COMPARTIDA POR:

Persona/Centro: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

## LA INFORMACIÓN PUEDE SER COMPARTIDA CON:

Persona/Lugar: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## MÉTODO DE ENTREGA:

\_\_\_\_ Recoger en la clínica/el centro  
\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: (Tenga en cuenta que el envío de correos electrónicos puede NO ser un método seguro de comunicación)

## INFORMACIÓN QUE SE COMPARTIRÁ: (Ponga sus iniciales en la categoría seleccionada)

\_\_\_\_ Expediente(s) médico(s) general(es)    \_\_\_\_ Enfermedades de Transmisión Sexual    \_\_\_\_ Tuberculosis    \_\_\_\_ Historia y resultados clínicos  
\_\_\_\_ Vacunas    \_\_\_\_ Planificación familiar    \_\_\_\_ Cuidado prenatal    \_\_\_\_ Consultas  
\_\_\_\_ Notas sobre el progreso de su caso  
\_\_\_\_ Resultados de exámenes de diagnóstico (especifique el (los) tipo(s) de exámenes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Otro: (especificar) \_\_\_\_\_

## Autorizo específicamente a que se comparta mi información relacionada con: (Ponga sus iniciales en la categoría seleccionada)

\_\_\_\_ Resultados de la prueba de VIH    \_\_\_\_ Información relacionada con el abuso de sustancias  
\_\_\_\_ Notas psiquiátricas, psicológicas o psicoterapéuticas    \_\_\_\_ Intervención temprana    \_\_\_\_ WIC

## OBJETIVO DE ESTA AUTORIZACION:

\_\_\_\_ Continuar el tratamiento médico    \_\_\_\_ Uso personal    \_\_\_\_ Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**FECHA DE VENCIMIENTO:** Esta autorización vencerá (insertar fecha o evento): \_\_\_\_\_

Entiendo que, si no especifico una fecha de vencimiento o un evento, esta autorización vencerá a los doce (12) meses de la fecha en que se firmó.

**ADVERTENCIA:** Entiendo que una vez que la información anterior sea compartida, el destinatario puede volver a compartirla, y es posible que la información no esté protegida por las leyes o las normas federales de privacidad.

**CONDICIONES:** Comprendo que la decisión de completar esta autorización es voluntaria. Comprendo que no se me negará el tratamiento si me rehúso a firmar este documento.

**REVOCACIÓN:** Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo 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 haya sido compartida como consecuencia de esta autorización. Comprendo que la revocación no incluye a mi compañía de seguros, Medicaid y/o Medicare.

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

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso (en letras de molde)**

\_\_\_\_\_  
**Relación o Parentesco del Representante Legal con el Cliente**

Si usted es un representante legal de la persona cuya información está solicitando, debe proporcionar documentación que demuestre su autoridad legal para solicitar esta información (por ejemplo, un poder que lo designe como el representante o guardián para tomar decisiones relacionadas con la salud del cliente, una orden de un juez que lo designe como el administrador de los asuntos legales y financieros de este cliente).

**Nombre del cliente:** \_\_\_\_\_

**Número de Identificación:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Original:** Al expediente **Copia:** Al cliente