



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