

## Publicación de Registros' Autorización para el uso y divulgación de Información Médica Protegida (PHI)

**Solicito que se divulguen los registros / información médica protegida de la siguiente persona:**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: / / \_\_\_\_\_

Teléfono: - - Soltera u otro nombre : \_\_\_\_\_

**Por favor, divulgue los registros medicos / información de:**

Nombre (s) del médico: \_\_\_\_\_

Práctica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Autorizo que la siguiente información medica (marque todas las que correspondan) sea divulgada:**

Todos  Informes Operativos  Informes Patología  Resultados de Laboratorio  Informes de Radiología  Registros Hospitalarios

Otros fechas específicas de tratamiento o procedimientos: \_\_\_\_\_

**Envíe la información o los registros medicos solicitados a:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirrección: \_\_\_\_\_

**Firma Autorización:**

- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.
- Entiendo que mi revocación debe ser por escrito y dirigida al Oficial de Privacidad de la instalación mencionada anteriormente autorizada para hacer esta divulgación.
- Entiendo que la revocación no se aplica a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización.
- A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá en dos meses o en la fecha indicada \_\_\_\_\_.
- Entiendo que cualquier divulgación de información puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.
- Entiendo que no necesito firmar esta autorización para asegurar el tratamiento.
- Entiendo que puedo inspeccionar y / o copiar la información que se divulgará.
- Entiendo que la autorización es voluntaria. Entiendo que si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de Allied Digestive Health, quien está autorizado a divulgar esta información y solicitar una copia de esta autorización.
- Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con el tratamiento por abuso de drogas y alcohol, salud mental, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedades de transmisión sexual, información sobre tuberculosis o genética. ESTA INFORMACIÓN TAMBIÉN SERÁ DIVULGADA A MENOS QUE USTED INDIQUE; NO LIBERAR (Indicar con una marca de verificación).

**Entiendo, consiento y acepto estas declaraciones:**

\_\_\_\_\_  
Firma de la Paciente o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Autoridad de los representantes para actuar en nombre de la paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de la Testigo