St. Joseph Physician Associates

Formulario de autorización para la divulgación de registros médicos

Nombre:_____ Fecha de nacimiento:_____ Seguro Social:_____

Dirección:_____ Teléfono:_____

De/A (*encierre en un círculo la instrucción prevista)*

Nombre:	Teléfono ( )	Fax ( )
Dirección:		

De/A (*encierre en un círculo la instrucción prevista*)

Nombre:	Teléfono ( )	Fax ( )
Dirección:		

Objetivo de la divulgación:

☐ Continuidad de la atención	☐ Seguro	☐ Orden judicial	☐ Uso personal
☐ Transferencia de atención	☐ Otro (especifique):		

Registros para incluir:

Esta autorización corresponde a la divulgación de los tipos de registro que se indican a continuación para el siguiente intervalo de fechas de servicio: Desde:_____ Hasta:_____ O ☐ Todos los registros archivados en este centro

☐ Notas de progreso	☐ Notas de laboratorio	☐ Historial de vacunas	☐ Informes operativos
☐ Registros hospitalarios	☐ Registros de diagnósticos por imágenes	☐ Otro:	

Por medio de la presente, acepto y autorizo que los registros divulgados contengan información acerca de antecedentes con el alcohol, abuso de drogas, historial psiquiátrico, pruebas de detección de VIH, resultados de pruebas de detección de VIH o SIDA. _____***Iniciales***

Caducidad: Esta autorización perderá validez 180 días después de la fecha en que se firme.
Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan realizado acciones. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento antes de que se cumplan los 180 días, mediante notificación por escrito al proveedor de atención médica.
_____***Iniciales***

Divulgación a terceros: Acepto que la información divulgada mediante esta autorización puede estar sujeta a divulgación a terceros por parte del destinatario y dejará de estar amparada por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996.

Comprendo que:

- Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización
- Tengo derecho a inspeccionar o copiar la información de salud confidencial que se utilizará o divulgará
- Las tarifas/cargos se cobrarán conforme a todas las leyes y reglamentaciones que se aplican a la divulgación de información

Leí lo anteriormente expuesto y autorizo la divulgación de la información de salud confidencial referenciada.

_____	_____	_____
Fecha	Firma del paciente/padre/tutor	Relación con el paciente