

## Liberación de los Registros Médicos General y Autorización para usar o divulgar la información de salud protegida.

Por Favor complete la siguiente información:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo autorizo al guardián (protector) de los registros, o la persona/entidad (describe específicamente), a revelar/divulgar la siguiente información\* (marca las que sean aplicables)

- Todos los registros
- Registros de Laboratorio/Patología
- Registros de Facturación
- Resumen/Sumario
- Registros de Farmacia/Receta Medica
- Otros (describe específicamente)

*Nota: Si estos registros contiene cualquier información de proveedores anteriores o información sobre el estado de HIV/AIDS, diagnósticos de cáncer, abuso de drogas/alcohol, o enfermedades de transmisión sexual, por la presente se autoriza la divulgación de esta información.*

Estos registros son para los servicios provistos en las siguientes fechas:

Por favor envíe los registros antes mencionados a (use una hoja adicional si es necesarios):

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

La siguiente información puede ser usada/revelada en cada uno de los siguientes propósitos:

- A petición mía (solo el paciente puede marcar esta opción)
- Por el Cuidado de mi Salud
- Por el Pago/Seguro Medico
- Para propósitos de empleo
- Otros

Yo entiendo que después que el protector de mis registros divulgue mi información de salud, esta puede no estar protegida por las leyes federales de privacidad. Además, yo entiendo que esta autorización es voluntaria y que yo puedo negarme a firmar la misma. Al negarme a firmar no afectara mi habilidad para obtener el tratamiento; recibir el pago, o elegibilidad para beneficios a menos que lo permita la ley. Al firmar a continuación, yo represento y garantizo que tengo autoridad para firmar este documento y autorizo el uso o divulgación de mi información de salud protegida y que no hay reclamos o pedidos en curso o de hecho que prohibiría limitar o restringir de otro modo mi capacidad para autorizar el uso o la divulgación de esta información de salud protegida.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o tutor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante del Paciente