

**Autorización para usar o Compartir Información Médica Protegida**

\*Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Últimos 4 Números del seguro social: \_\_\_\_\_

\*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono del paciente: \_\_\_\_\_

\*Por la presente autorizo a \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona/organización que revela la PHI

a revelar la siguiente información a la persona/organización que recibe la PHI:

*Nombre, dirección, teléfono y fax	*Relación	*Objetivo

**\*Información a compartir:**

- Registros de fechas de servicio entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_
- Notas de psicoterapia (si marca esta casilla, no puede marcar otras casillas)
- Expediente médico completo (incluye todos los registros excepto las notas de psicoterapia)
- Información pertinente
- Expediente de salud mental
- Expediente de enfermedades de transmisión sexual
- Expediente de VIH
- Expediente de abuso de sustancias
- Información de facturación

Otro: \_\_\_\_\_

**La información puede revelarse solo para los siguientes fines:**

Seguro     Tratamiento continuado     Legal     A pedido mío o de mi representante

Otro: \_\_\_\_\_

**Entiendo que al firmar voluntariamente esta autorización:**

- Autorizo el uso o la revelación de mi PHI como se describe arriba para los fines listados
- Tengo derecho a revocar el permiso para la revelación de mi información. Si firmo esta autorización para usar o revelar información, puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe ser escrita para la persona/organización que revela la información y no afectará la que ya se usó o reveló.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que, a menos que el propósito de esta autorización sea determinar el pago de un reclamo de beneficios, firmar esta autorización no afectará mi elegibilidad para recibir beneficios, tratamiento, inscripción ni el pago de reclamos.
- Mi información médica puede indicar que tengo una enfermedad transmisible o no transmisible que puede incluir, entre otras, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea, VIH o sida, o puede indicar que estoy recibiendo o recibí tratamiento por condiciones psicológicas o psiquiátricas o abuso de sustancias.



- Entiendo que puedo cambiar esta autorización en cualquier momento si le escribo a la persona/organización que revela mi PHI.
- Entiendo que no puedo restringir la información que ya se compartió en base a esta autorización.
- La información usada o revelada según la autorización puede ser revelada nuevamente por el destinatario y ya no estará protegida por la Reglamentación de privacidad.

A menos que se quite la autorización o se indique lo contrario, la fecha de vencimiento automático de este documento será de un año a partir de la fecha de mi firma o cuando pase este acontecimiento:

<p>* _____ Firma del paciente o representante legal</p> <p>* _____ Nombre en letra de molde del paciente o representante legal</p> <p>* _____ Descripción de la autoridad del representante legal</p>	<p>* _____ Fecha</p> <p>* _____ Fecha de vencimiento (si es más de un año desde la fecha de la firma o no se indica ningún acontecimiento)</p>
---	--

