



AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA

(Por favor complete en su totalidad)

Nombre del paciente _____ Teléfono _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

AUTORIZA LA DIVULGACION A:

PARA LIBERAR INFORMACION MEDICA A:

Name of Health Provider/Organization/Individual

Name of Health Provider/Organization/Individual

Street Address City, State, ZIP

Street Address City, State, ZIP

Phone No. Fax No.

Phone No. Fax No.

INFORMACIÓN QUE SE DEBE DIVULGAR (Nota: Por favor vea Revelaciones que requieren Consentimiento Especial para SIDA / VIH, Salud Mental, Uso de Alcohol / Drogas)

Registro Médico Completo [**O los registros individuales marcados abajo:**] Rango de fechas: _____ a _____

Notas de los doctores Reporte de Laboratorio Expedientes de agencias hospitalarias / externas Reporte de ultrasonidos
 Reporte de radiología EKGs y Informes de ECHO Otros: _____

SUS DERECHOS SOBRE ESTA AUTORIZACIÓN

- **Derecho a recibir una copia de esta autorización:** Entiendo que si acepto firmar esta autorización, puedo solicitar una copia firmada del formulario.
- **Derecho a retirar esta autorización:** Entiendo que una notificación por escrito es necesaria para cancelar esta autorización. Soy consciente de que mi retiro no será efectivo para los usos y / o revelaciones de mi información de salud que la persona u organizaciones mencionadas arriba ya han hecho con referencia a esta autorización. Soy consciente de que tengo el derecho de revocar esta autorización mediante notificación por escrito al proveedor de atención médica que ha recibido esta autorización.
- **Divulgación Adicional:** Por la presente libero a la Clínica San José de toda responsabilidad legal o responsabilidad que pudiera derivarse de la divulgación de dicha información. Entiendo que si las personas u organizaciones que estoy autorizando a recibir y / o usar la información médica protegida no están sujetas a las leyes federales de privacidad de información de salud, pueden revelar la información de salud protegida y puede que ya no esté protegida por la salud federal Leyes de privacidad de la información.

Reconozco que esta información puede incluir estudios diagnósticos, resúmenes clínicos, historias, radiografías, cartas y otra información, documentos y opiniones relevantes a la condición física, el tratamiento, la hospitalización o el cuidado pasados, presentes o futuros. **FECHA DE VENCIMIENTO:** Esta autorización es efectiva por **90 días** a partir de la fecha de firma, a menos que se indique lo contrario. Una copia reproducida de esta autorización será válida como original

DIVULGACIONES QUE REQUIEREN CONSENTIMIENTO ESPECIAL:

Mi firma a continuación autoriza específicamente la divulgación de información de salud relacionada con las pruebas, el diagnóstico y el tratamiento de: SIDA / VIH Salud de Salud Mental Uso de Alcohol / Drogas

Firma del Paciente o Representante Legal / Relación

Fecha de Firma

Staff Signature

Date of Signature