

**AUTORIZACIÓN**       **REQUISICIÓN**      *(Marque uno)*
**SECCIÓN A: Debe ser completada por el paciente.**

Nombre del paciente:	No. de historia clínica:	No. de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
----------------------	--------------------------	-----------------------	----------------------

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

<b>Establecimiento que hace la divulgación</b>	Nombre del Establecimiento:			
	Dirección:			
	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Número de Teléfono:

<b>Persona o establecimiento que solicita la divulgación:</b>	Nombre del Solicitante:			
	Dirección:			
	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Número de Teléfono:

Fecha(s) de servicio: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Liste la Descripción Específica de la Información por ser Divulgada:

<input type="checkbox"/> Anestesia	<input type="checkbox"/> Informe de alta	<input type="checkbox"/> Reportes / Imágenes	<input type="checkbox"/> Órdenes Médicas	<input type="checkbox"/> Expediente Completo
<input type="checkbox"/> Reg. de Facturación	<input type="checkbox"/> EKG's	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Reg. Ambulatorios	<input type="checkbox"/> Otros: _____
<input type="checkbox"/> UB04	<input type="checkbox"/> Emergencias	<input type="checkbox"/> Reg. de Medicación	<input type="checkbox"/> Reportes de Patología	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Facturas	<input type="checkbox"/> Caratula	<input type="checkbox"/> Reg. de Enfermería	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Historia Medica	<input type="checkbox"/> Reportes Cirug / Progreso	<input type="checkbox"/> Contabilidad de divulgaciones	<input type="checkbox"/> _____

¿Quieres que el Hospital/Clínica divulge sus notas de psicoterapia (si existen) a la persona o institución que haya mencionado anteriormente?  Yes  No

Describe el propósito / razón para esta solicitud: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN B: Debe ser completada por el paciente para todas las autorizaciones:**
**El paciente o representante del paciente debe leer / reconocer las siguientes declaraciones:**

1. Yo entiendo que las personas aquí autorizadas a usar/divulgar información no pondrán como condición, en el tratamiento o pago, mi suministración de esta autorización.
2. Yo entiendo que esta autorización expira \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. **(Si no hay fecha escrita, esta autorización expirará un año después de que haya sido recibida por el hospital.)**
3. Yo entiendo que la información usada o divulgada a una entidad distinta a un plan de salud o proveedor de atención médica puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no están protegidos por el "Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information", como se indica en 45 CFR160 and 164.
4. Yo entiendo que yo puedo anular esta autorización en cualquier momento notificando al hospital por escrito, salvo en la medida en que ya se ha realizado de acuerdo al periodo de autorización previa.
5. Yo entiendo que puedo ver la información descrita en esta forma si así lo quisiera y entiendo que yo voy a recibir una copia de esta forma después de que la firme.
6. Entiendo que si mis registros contienen información confidencial, puede ser necesario que esta instalación tenga que obtener el acuerdo de mi médico sobre el uso o divulgación de mis registros.
7. Yo entiendo que yo puedo rehusar firmar esta autorización y al así hacerlo, entiendo que el rechazo a firmar esta autorización no afectará mi tratamiento.

*Por la presente autorizo el uso o divulgación de mi información médica personal de la manera aquí descrita. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria.*

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>			
Verified: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	By: _____	Signature: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
License No: _____	SS No: _____		

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha / Hora

Si firma el representante, escribir nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Motivo por el cual el representante tiene autoridad para actuar en nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha / Hora