

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Sección A: Se debe completar esta sección para todas las Autorizaciones					
Nombre del/de la Paciente/Miembro del Plan:		Fecha de nacimiento:		Número de Seguro Social (opcional):	
Compañía de Seguro Médico del paciente:		Nombre del destinatario: (La persona que va a recibir la información médica)			
Dirección de la Compañía de Seguro Médico:		Dirección 1:			
		Dirección 2:			
		Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Esta autorización se vence del día de firmarla más abajo en 60 días y se aplica solamente al tratamiento en las fechas indicadas.					
Fecha:		Evento: (Evento: La terminación de la Investigación o Evento de Mercadotecnia)			
El propósito de la revelación:					
Descripción de la información médica que será usada o revelada					
¿Es esta petición debida a la psicoterapia? <input type="checkbox"/> Si es que sí, ésta es la única cosa que se puede pedir en esta autorización. Se debe hacer otra autorización para las otras cosas más abajo. <input type="checkbox"/> No, entonces se puede indicar todas las cosas siguientes que sean necesarias.					
Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):
<input type="checkbox"/> Toda la información médica del archivo médico <input type="checkbox"/> La Hoja Principal <input type="checkbox"/> Resumen de Dar de Alta <input type="checkbox"/> Examen Físico e Historia <input type="checkbox"/> Reporte de Consultas <input type="checkbox"/> Reporte Quirúrgico		<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Laboratorio de Cat. <input type="checkbox"/> Apuntes de Terapia Física <input type="checkbox"/> Reporte de Rayos X <input type="checkbox"/> Récord de Emergencia <input type="checkbox"/> Apuntes Sobre el Progreso		<input type="checkbox"/> Resumen de Sala de Partos <input type="checkbox"/> Cuenta detallada: <input type="checkbox"/> UB-92: <input type="checkbox"/> Fotografía - Las Familias Crecientes <input type="checkbox"/> WIC - Consultas <input type="checkbox"/> Otra:	
Reconozco y por presente testamento consiento en que la información contenga información sobre el alcohol, el abuso de drogas, la psiquiatría, las pruebas del VIH, los resultados o el SIDA. _____ (Iniciales) Si no es aplicable, haga un tic aquí. <input checked="" type="checkbox"/>					
Entiendo que:					
1. Yo puedo rechazar firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria darla. 2. No se puede imponer como requisito para recibir el tratamiento, el pago, el ingreso, ni la elegibilidad para los beneficios la firma de esta autorización. 3. Yo puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero si lo hago, no afectará las acciones ya tomadas antes de recibir la revocación. Para más detalles, véase el Aviso de Las Prácticas de Privacidad. 4. Si el destinatario o el recipiente no es de un plan de cuidado médico ni un proveedor de cuidado médico, es posible que la información revelada no sea protegida por los reglamentos federales de privacidad y que se la revele otra vez. 5. Entiendo que si la pido, puedo ver y obtener una copia de la información descrita dentro de este formulario, por un costo razonable. 6. Yo voy a obtener una copia de este formulario después de firmarlo.					
Sección B: ¿Es la petición de la información médica protegida por razones de mercadotecnia?					
Si es que sí, el plan de cuidado médico o el proveedor de cuidado médico debe completar la Sección B, si no, continúe a la Sección C.					
¿Va a recibir remuneración el destinatario o compensación igual por haber usado o revelado esta información?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es que sí, describa:					
Sección C: Firmas					
Yo he leído todo lo de más arriba y autorizo la revelación de la información médica protegida como se la declara.					
Firma del/de la Paciente/Miembro del Plan/Guardián/Representante del/de la Paciente/Plan:				Fecha:	
Escriba con letra de imprenta (molde) el nombre del/de la Paciente/Miembro del Plan o de su Representante :				Parentesco o Relación con el/la Paciente/Miembro del Plan:	