

**AUTORIZACIÓN DE LA DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido de soltero/anterior: \_\_\_\_\_ Número telefónico actual: \_\_\_\_\_  
Domicilio actual: \_\_\_\_\_

**Solicito la divulgación de mi información médica protegida por los siguientes motivos:**

- Continuar un tratamiento  Determinación de incapacidad  
 Investigación judicial  Otros: \_\_\_\_\_

**Autorizo la divulgación de lo siguiente:**

- Notas del consultorio médico  
 Resultados de laboratorio  
 Informe de diagnóstico  
 Otros: \_\_\_\_\_

**Los puntos que se detallan a continuación solo se incluirán si son marcados:**

- Evaluación psicológica  
 Antecedentes de tratamientos por alcoholismo y drogadicción  
 Resultados de pruebas de VIH y antecedentes de tratamiento contra el SIDA

**Obtener mi información médica protegida de:**

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Nombre del centro/proveedor Número de teléfono o fax Dirección Ciudad Estado Código postal

**Divulgar mi información médica a:**

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Nombre del centro/proveedor Número de teléfono o fax Dirección Ciudad Estado Código postal

Esta autorización vence el \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_. (De no ser especificado, la autorización vencerá un año después de la fecha de la firma)

Tiene derecho a anular esta autorización por escrito cuando lo desee. Puede consultar las excepciones en el Aviso de prácticas de privacidad. La anulación no se aplicará a la información que haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Cuando la información mencionada anteriormente sea divulgada, esta podrá ser divulgada nuevamente por el destinatario y no estará protegida por regulaciones federales. No firmar esta autorización impedirá el cumplimiento de la intención mencionada anteriormente. Los tratamientos o pagos por servicios no están condicionados por la firma de la autorización. Se podrán aplicar un cargo por la copia de mi información en la tramitación de la presente solicitud.

**El formulario debe completarse antes de ser firmado:**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (necesario para mayores de 12 años) Firma de padres/tutor legal (de corresponder) Vínculo con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

La autorización está destinada a permitir que el pabellón divulgue información, por escrito y verbalmente, por el motivo específico de la divulgación y en beneficio del paciente. Esta divulgación de información manifiesta conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), las Normas de privacidad de información médica identificativa (Normas de privacidad), el título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés). artículos 160 y 164, y todas las normativas federales y pautas de interpretación promulgadas bajo la misma. **Toda información protegida por normativas federales que regulan privacidad de las historias clínicas de pacientes con alcoholismo y drogadicción (título 42 del CFR, parte 2) o la LEY DE SALUD MENTAL está sujeta a la prohibición de una divulgación posterior por parte el destinatario sin la autorización pertinente para una nueva divulgación. EL CENTRO no se responsabiliza por nuevas divulgaciones.**