



Autorización para Revelar Información

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Nombre(s) anterior(es) si lo(s) hay _____ Fecha de Nacimiento (____/____/____)

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Razón para Solicitar: La Continuación de Cuidado Otro/ Facturando Otro/ Seguro

Información específica que se pide:

- Reportes de lab. - ende los últimos 6 meses
- Examen físico - Examen más reciente
- Reportes de Patología:
- Reporte de rayos X - en el último año
- Inmunizaciones

Transferir mis archivos médicos desde (por favor escriba claramente):

Doctor y/o clínica _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

(____) - Teléfono _____ (____) - Fax _____

Por favor envíe copia de mis archivos médicos a (por favor escriba claramente):

Doctor y/o clínica _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

(____) - Teléfono _____ (____) - Fax _____

Entiendo que mis archivos médicos pueden contener información personal y delicada. Revelar esta información es voluntario y protegido por la ley. La clínica, sus empleados, oficiales, y doctores contratados están libres de responsabilidad u obligación por revelar estos registros de la manera aquí indicada y autorizada. Yo específicamente autorizo la divulgación y revelación de la siguiente información a la(s) persona(s)/clínica(s) y señalo sí en el cuadro (IDAPA 16.05.01 Protección y divulgación de archivos del departamento, Acta de Salud Pública 523-527.)

- Si No Todos los archivos médicos y otra información acerca de mi tratamiento, historial, pruebas, diagnósticos, ó tratamiento relacionado con enfermedades venéreas. (Regulación Federal 42 CRF Parte 2)
- Si No Información de mi historial, pruebas, diagnóstico, o tratamiento relacionado con el HVI o SIDA.
- Si No Específicamente autorizo al centro medico para revelar archivos de tratamiento de abuso de alcohol y drogas protegido bajo la sección 333 del tratamiento comprensivo de prevención de abuso de drogas y alcohol y el Acta de Rehabilitación de 1980 y la sección 408 de la oficina y Acta de Tratamiento de Abuso de Drogas y Alcohol de 1972, y exámenes ó cuidado psiquiátrico o psicológico.
- Si No Doy autorización para enviar por Fax mis archivos médicos para revelar ó divulgar la información indicada arriba. (IDAPA 16.05.051)

Entiendo que no se cumplirán peticiones telefónicas. Peticiones tienen que hacerse por escrito y usando la autorización para revelar información. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Si no lo hago será válida por 24 meses desde la fecha en que la firmo.

Firma del cliente

Fecha

Firma de persona que no es el cliente Responsabilidad legal con el paciente

Fecha