

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Paciente: _____ Número de Identificación: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Al firmar este documento, autorizo el uso o revelación de mi información médica identificable como se describe en este formulario. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que si la organización autorizada a recibir esta información no pertenece a un plan médico o es un proveedor de cuidados de salud, la información suministrada deja de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Personas/organizaciones que ofrecen la información:	Personas u organizaciones recibiendo la información:
Descripción específica de la información (incluyendo fechas):	Propósito de solicitar el uso o revelación de la información:

Representante del paciente o el paciente debe leer y escribir sus iniciales en todas las declaraciones abajo.

		Iniciales
1.	Entiendo que esta autorización vencerá en ___/___/___ (DD/MM/año). Si no especifica una fecha de vencimiento, esta autorización vencerá en seis meses.	
2.	Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo a la organización por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicara a la información que ya ha sido revelada como respuesta a esta autorización y no aplica a mi compañía de seguros cuando la ley provea mi asegurado el derecho a cuestionar una reclamación bajo mi póliza.	
3.	Entiendo que mi salud y el pago por mis cuidados de salud no se verán afectados si no firmo este formulario.	
4.	Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario y recibiré una copia de este formulario después de firmar.	
5.	Si tengo alguna pregunta sobre revelación de mi información de salud, me puedo contactar con el médico o el personal de oficina.	

 Firma del paciente o Representante Legal

 Fecha

 Si es firmada por el Representante Legal especificar la relación con el paciente

 Firma del Testigo