

Nombre del Paciente _____
Domicilio _____
Número Telefónico _____
Fecha de Nacimiento _____
Núm. de Expediente Clínico _____



AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

Por este medio doy autorización para que la información protegida sobre la salud con respecto a la persona indicada arriba se envíe a:

DE: Persona/Institución _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

A: Persona/Institución _____
(Receptor) Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Motivo o necesidad de la información: _____

La revelación incluirá: *(marque todas las casillas que correspondan)*

- Primera Hoja Historial y Examen Físico Informe de Laboratorio Informe Operativo Otro _____
- Resumen al Dar de Alta Notas del Doctor/Progreso Informe de Rayos X/Radiología Informe de Patología
- Informe de Emergencia Notas de la Enfermera Informe EKG/EMG/EEG Informe de Consulta

Registros durante los períodos (fechas) de _____ a _____

Debo marcar uno o más de los siguientes tipos de información de salud que no quiero que se libere al Receptor arriba mencionado. Tengo entendido que si no marco cualquiera de las tres (3) siguientes casillas, la información de salud liberada al Receptor indicado arriba podría incluir algo de lo siguiente:

- _____ **Diagnóstico, Evaluación y/o tratamiento por alcoholismo y/o abuso de droga**
- _____ **Registros de HTLV-III o de pruebas de VIH (prueba de SIDA) resultados, diagnóstico y/o tratamiento**
- _____ **Registro o evaluación psiquiátrica, psicológica y/o tratamiento por enfermedad mental, física y/o emocional inclusive resumen narrativo, pruebas, evaluación de trabajador social, medicamento, examen psiquiátrico, notas de progreso, consultas, planes de tratamiento, y/o evaluación.**

También tengo entendido que esta autorización está sujeta a que yo la revoque/retire en cualquier momento por escrito a la persona de contacto para registros médicos en este sitio de atención, excepto hasta el punto donde ya se haya tomado acción para liberar esta información. Esta Autorización debe permanecer válida a no ser que sea revocada pero **caducará en 1 año después de firmarla**. Tengo el derecho de inspeccionar una copia de la información de salud a ser liberada y si no firmo esta Autorización, la institución mencionada arriba no liberará mi información de salud. La persona/institución mencionada arriba no se negará a tratarme en base a mi aceptación o rechazo de permitir que se use y revele a otros mi información de salud.

Fecha: _____ **Hora:** _____ **Firma del Paciente:** _____

Fecha: _____ **Hora:** _____ **Firma del los Padres/Tutor Legal/ Representante Personal:** _____
(Se requiere si el Paciente no está legalmente autorizado a firmar la Autorización)

Parentesco con el Paciente: _____

Fecha: _____ **Hora:** _____ **Testigo:** _____

VOLVER A REVELAR: Por este medio se notifica al paciente o representante legal que firme esta Autorización de que Advocate Health Care no puede garantizar que el Receptor que solicite la información de salud no volverá a revelar alguna o toda la información a otros. Por este medio se le avisa al Receptor que la ley prohíbe que se vuelva a revelar cualquier información de salud referente a abuso de droga y/o alcohol, VIH y tratamiento de salud mental.