***Autorización para divulgar información médica protegida (General)***

Nombre del paciente Fecha de nacimiento

Nombre del representante legal (si corresponde) Relación con el paciente

Yo autorizo se divulgue **SOLO** la información que se indica a continuación:   
(escriba sus iniciales en las casillas que correspondan):

|  |  |
| --- | --- |
| **Iniciales** | **Información que se puede divulgar** |
|  | Todo mi registro médico que se mantiene en esta práctica médica (salvo aquella información que no se puede divulgar). |
|  | Mi registro médico relacionado con el tratamiento o rehabilitación de drogas. |
|  | Mi registro médico relacionado con el tratamiento o rehabilitación del alcohol. |
|  | Mi registro médico con resultados y tratamiento de VIH/SIDA. |
|  | Mi registro médico relacionado con enfermedades de transmisión sexual |
|  | Mi registro médico relacionado con información genética |
|  | Mi registro médico relacionado con mi salud mental o trastornos psicológicos  ***Excepto las notas de psicoterapia, según la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros se Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA por sus siglas en inglés) 45 CFR 164.501. Las notas de psicoterapia requieren autorización por separado.*** |
|  | Las notas de psicoterapia (es decir, notas grabadas por un profesional de la salud mental con el contenido de las conversaciones durante la sesión) como indica (*HIPAA*) 45 CFR 164.501.  ***Las notas de psicoterapia requieren autorización por separado según indica (HIPAA) 45 CFR 164.508(b)(3).*** |
|  | Mi registro médico relacionado con el siguiente tratamiento o condición de salud: |
|  | Otras enfermedades: |
|  | Mi registro médico durante esta fecha(s) [por favor especifique la fecha]: |
|  | Mi registro médico completo (salvo aquella información que no se puede divulgar). |

Entiendo que mi registro médico puede incluir información sobre enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Puede además incluir información sobre mi salud mental, derechos reproductivos, enfermedades contagiosas, pruebas genéticas, y/o el tratamiento de alcohol y las drogas. **Esta autorización no permite la divulgación de esta información,** a menos que usted autorice expresamente en la casilla correspondiente y firme este documento.

**La información médica antes mencionada puede ser divulgada a:**

Nombre (o cargo) y organización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Esta información y autorización SOLO se puede divulgar y/o usar por las siguientes razones:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Esta autorización vence:**  Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Si no indica una fecha, esta autorización vencerá dentro de 6 meses a partir de la fecha en que firmó este documento.)

Una **copia** de esta autorización se considerará vigente y válida cómo si fuera la original.

***Derecho a revocar esta autorización:***

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito. Si lo hago, la revocación entrará en efecto a futuro y no afectará las acciones que esta práctica médica haya tomado según la autorización previa a la revocación. No podré revocar esta autorización si el propósito es obtener un seguro de salud. La notificación de revocación debe incluir mi firma o la firma de mi representante legal.

Una vez que esta oficina divulgue la información médica antes mencionada, la persona u organización que la recibe puede también divulgarla nuevamente. Es posible que usted ya no quede protegido por las leyes de privacidad.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del paciente o tutor legal Fecha**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Escriba en letra imprenta su nombre si firmó por el paciente**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Relación con el paciente (Padre de familia, tutor legal, apoderado, etc.)**

***Esta autorización fue diseñada para dar cumplimiento a las disposiciones conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés) 45 CFR partes 160 y 164.***