

# AUTORIZACIÓN DE USO Y/O REVELACION DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE MIEMBROS O DE PACIENTES

Yo autorizo a \_\_\_\_\_  
(Nombre del médico o proveedor de salud autorizado para usar o revelar información)

A revelar información a \_\_\_\_\_ c/o Appleby & Company  
(Nombre/organizacion del que recibe la informacion revelada)

## Informacion del paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Telefono: \_\_\_\_\_

Número de Registro Medico: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Tipo de información que se divulgará

- Cualquier y todo los archivos medicos desde el: \_\_\_\_\_ hasta el: \_\_\_\_\_
- Archivos medicos relacionados a la lesión       Archivos de facturacion
- Consultas       Resultados de laboratorio/patología       Informes de radiología
- Los registros de vacunación       Notas de progreso
- Otra Información (Especifique): \_\_\_\_\_

## Para el propósito de

- Medico     Legal     Seguro     Personal     Otro \_\_\_\_\_

## Divulgaciones que requieren autorización especial

Mi firma autoriza expresamente la publicación de la información sanitaria relativa a las pruebas, diagnóstico o tratamiento de: (marcar las casillas correspondientes)

- VIH       Información psiquiátrica/salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual       Información sobre drogas o alcohol

## AUTORIZACIÓN DE USO Y/O REVELACION DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE MIEMBROS O DE PACIENTES

### **Duración/Revocación/Derechos**

Yo entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que mi revocación debe ser por escrito y presentado a la Salud del Departamento de Información de Gestión. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido lanzado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza. A menos que sea revocada, esta autorización expirará en la fecha siguiente, evento o como se especifica: \_\_\_\_\_. Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización expirará en seis meses desde la fecha de la firma.

Ni el tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad para los beneficios estarán condicionados a que mi proveer o negarse a dar esta autorización. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información a ser usada o revelada, según lo dispuesto en el CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo la posibilidad de una divulgación no autorizada y la información no puede ser protegido por normas de confidencialidad federales y estatales. Si tiene preguntas acerca de la divulgación de información sobre mi salud, puedo comunicarme con el director o la Información de Salud. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Una copia, copia de la foto estática o copia de fax térmico de este comunicado de verdad será tan válida como el original.

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente, padre o tutor legal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Si es firmado por otra persona que el paciente, indique la relación*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

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

\_\_\_\_\_  
*Fecha*