



# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

**ESTA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR:**

Persona/Institución: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_

**ESTA INFORMACION PUEDE SER DIVULGADA A:**

Persona/Institución: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_

Otro método de comunicación: \_\_\_\_\_

**INFORMACION A SER DIVULGADA: (ponga sus iniciales en la selección deseada)**

\_\_\_\_ Historial Clínico General, incluyendo ETS y TB \_\_\_\_\_ Notas de Progreso \_\_\_\_\_ Historial médico y Resultados de los Exámenes Físicos  
\_\_\_\_ Vacunas \_\_\_\_\_ Planificación Familiar \_\_\_\_\_ Archivos Prenatales \_\_\_\_\_ Consultas Médicas  
\_\_\_\_ Informes de Prueba Diagnóstica (Especificar el tipo de prueba) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Otros: (Especificar) \_\_\_\_\_

**Expreso aquí mi consentimiento para dar a conocer información relacionada con: (ponga sus iniciales en la selección deseada)**

\_\_\_\_ Resultados de examen del VIH no hechos para propósito de tratamiento  
\_\_\_\_ Expediente de Abuso de Substancia \_\_\_\_\_ Notas Psiquiatrías, Psicológicas o de Psicoterapia  
\_\_\_\_ Intervención Temprana \_\_\_\_\_ WIC

**PROPOSITO DE LA DIVULGACIÓN:**

\_\_\_\_ Continuar tratamiento médico \_\_\_\_\_ Uso Personal \_\_\_\_\_ Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**FECHA DE EXPIRACIÓN:** Esta autorización expira (ponga fecha o acontecimiento) 1 año. Yo entiendo que si no especifico fecha de expiración o algún acontecimiento, esta autorización expirará en doce (12) meses a partir de la fecha en que fue firmada.

**RE-DIVULGACIÓN:** Entiendo que una vez que la información indicada anteriormente es revelada, ésta puede ser divulgada nuevamente por la persona/servicio que la recibió y que dicha información puede no estar protegida por las regulaciones o leyes federales de privacidad.

**CONDICIONES:** Yo entiendo que el llenar esta autorización es algo totalmente voluntario y me doy cuenta que el tratamiento no me será negado si yo me rehuso firmar este formulario.

**ANULACIÓN:** Entiendo que tengo el derecho a anular en cualquier momento esta autorización. Yo entiendo que si anulo esta autorización, ésta debe ser por escrito y presentada al departamento de historial clínico. También entiendo que esta anulación no afecta la información que ya se ha dado a conocer como respuesta a esta autorización. Yo entiendo que esta anulación no afecta la información para mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba su Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación del Representante Legal con el Cliente

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Client Name:** \_\_\_\_\_

**ID#:** \_\_\_\_\_

**DOB:** \_\_\_\_\_