

# Autorización para Proporcionar/Obtener Información Confidencial Médica/Dental



## 1. Información del Paciente:

Nombre **legal** del paciente: \_\_\_\_\_

Otros nombres/nombres utilizados anteriormente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## 2. La información puede ser proporcionada **POR**:

Nombre del proveedor u organización **QUE PROPORCIONA** la información: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## 3. La información puede ser proporcionada **A**:

Nombre de la persona u organización **QUE RECIBE** la información: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**O**

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## 4. ¿Qué tipo de información desea proporcionar? (Se podrá aplicar cuota por las copias)

Registros de los últimos 2 años de visitas **MÉDICAS**       Registros de los últimos 2 años de visitas **DENTALES**

Todos los registros desde la fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Información específica (explique): \_\_\_\_\_

Otro (explique): \_\_\_\_\_

## 5. Yo específicamente autorizo la liberación de información que pueda estar en mi historial relacionado con enfermedades de transmisión sexual, trastornos mentales/psiquiátricos, historial de drogas y alcohol y/o información sobre VIH/SIDA a menos que yo diga lo contrario abajo. Yo **NO** autorizo proporcionar la siguiente información:

\_\_\_\_\_

## 6. ¿Por qué solicita esta información? (marque UNA casilla)

Doctor     Abogado     Personal     Seguro     Otro: \_\_\_\_\_

## 7. Entiendo que:

- Una vez liberada la información, podría ser publicada por la persona que la reciba (si no es un hospital, clínica, un médico o una compañía de seguros de salud) y podrá no estar protegida por las leyes de privacidad de la información médica.
- Tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito a Registros Médicos de CHC. Si cancelo mi autorización, no afectará ninguna acción que CHC haya tomado basada en esta autorización.
- CHC no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad si firmo esta autorización.

## 8. Esta autorización se vence \_\_\_\_\_ . Si no se especifica fecha de vencimiento o del evento, esta autorización se vencerá 90 días después de la fecha en que se firmó.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente, padre, tutor, o representante autorizado (Es posible que se requiera documentación de autoridad para firmar en nombre del paciente)

Si no es el paciente, parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente Menor (**REQUERIDO** si el paciente es de 13-17 años de edad)