

## AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Nombre del Paciente _____	Nombre Anterior _____
Fecha de Nacimiento _____	Numero de record Medico _____
Yo autorizo a _____	
<i>Hospital, Doctor, Programa, Agencia</i>	
<i>Direccion</i>	
A entregar mi record confidencial a _____	
<i>Yo, Hospital, Doctor, Programa, Agencia</i>	
<i>Direccion</i>	
Razon para divulgar _____	

### INFORMACION ESPECIFICA DIVULGAR:

**Fecha de tratamiento** \_\_\_\_\_ **Concerniente a** \_\_\_\_\_

- |                                   |                               |  |
|-----------------------------------|-------------------------------|--|
| 1. _____ Summario de alta         | 5. _____ Notas de progreso    | 8. _____ Reporte de Laboratorio          |
| 2. _____ Historia y Examen Fisico | 6. _____ Reporte de Operacion | 9. _____ Reportes de Radiologia          |
| 3. _____ Consultas                | 7. _____ Reporte de Patologia | 10. _____ Reporte de Electrocardiografia |
| 4. _____ Record de emergencia     | Otro: _____                   |  |

**Incluye**

**Excluye**



Tratamiento o diagnostico sobre abuso de drogas y alcohol



Record de salud mental



Estudios/Tratamiento del VIH o SIDA



Enfermedades transmitidas sexualmente confirmadas

*Esta expirara automaticamente en 90 dias o en la fech especificada:* \_\_\_\_\_

Usted puede revocar esta autorizacion en cualquier momento notificando al deparamanto de record medicos por escrito. La revocacion de esta autorizacion no puede ser retroactiva a la divulgacion de informacio, hecho de buene fe.

Si usted no firma esta autorizacion, no se le rehusara tratamiento. Existe la posibilidad de que el receptor, como se describe arriba, pudiera re-divulgar su informacion medica.

Yo certifico que esta forma me ha sido explicada, que la he leído o me la han leído, y que entiendo su contenido. las partes que no entendi, me han sido explicados.

\_\_\_\_\_  
Paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora

\_\_\_\_\_  
Persona autorizada, si no es el paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo

Authorization to Release  
Protected Health Information  
(Sp)

Rev. 4-09 Form 0067

Page 1 of 1



R10001