



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Telefono diurno: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

- 1. Por la presente, yo, \_\_\_\_\_ autorizo el uso y divulgación de información de salud del individuo mencionado anteriormente como se describe a continuación.
- 2. La siguiente organización esta autorizada a realizar la divulgación: \_\_\_\_\_ (hospital)
- 3. El tipo y cantidad de información a utilizarse o divulgarse es la siguiente (incluya fechas cuando corresponda). Favor de tildar ✓ el casillero correspondiente.
  - Visitas sala de emergencia/paciente externo     Fechas de servicio \_\_\_\_\_
  - Registro completo
  - Unicamente lassiguientes partes del registro: \_\_\_\_\_

4. Acceso del paciente - El tipo de acceso solicitado es: (✓ tildé uno)

- Inspección del registro
- Copias del registro como se describio anteriormente

5. Comprendo que la información de mi registro de salud puede incluir información relativa a enfermedades transmitidas sexualmente, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información acerca de servicios de salud mental o conductual y tratamiento por abuso de drogas y alcohol.

6. Esta información puede revelarse a, y ser utilizada por, el siguiente individuo o organización:

Dirección: \_\_\_\_\_  
con el fin de: \_\_\_\_\_

7. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, como se describe en la Notificación de Practicas de Privacidad del Paciente. Comprendo que si revoco esta autorización, debe hacerlo por escrito y debe presentar tal revocación al Departamento de Servicios de Información de Salud. Comprendo que la revocación no se aplicara a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. A menos que sea revocada de otro modo, esta autorización caducara en la siguiente fecha, evento o condición:

Si no especifico fecha de caducidad, evento o condición, esta autorización caducara en seis meses.

8. Comprendo que la autorización de la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Puedo rehusarme a firmar esta autorización. No es necesario que yo firme este formulario para garantizar el tratamiento. Comprendo que puedo inspeccionar o copiar la información a utilizarse y divulgarse. Comprendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una re-divulgación no autorizada y que la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo alguna pregunta acerca de la divulgación de la información referida ami salud puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad del Hospital St. Rose.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si firma el representante legal, relación que guarda con paciente

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



PATIENT LABEL HERE

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**