

Autorización para Divulgar Información Médica

(La firma de este formulario no autoriza la divulgación de información distinta a la específicamente descrita a continuación.)
 Por favor solicite los registros de: Nombre y dirección del médico, agencia o centro de atención médica.

Paciente: Nombre complete _____ Fecha de Nacimiento. _____
 NSS _____ Teléfono _____

Divulgar a: Nombre y dirección de la organización, agencia o persona a la que se debe enviar la información.

Nombre: _____ Dirección: _____

Por la presente solicito y autorizo al médico o proveedor de atención médica mencionado anteriormente a divulgar copias de la información especificada a continuación a la organización, agencia o persona indicada en esta solicitud. Entiendo que la información a divulgar puede incluir datos relacionados con las siguientes condiciones:

() Abuso de drogas () Alcoholismo o abuso de alcohol () Anemia de células falciformes/VIH/SIDA () Condiciones psicológicas o psiquiátricas

Información solicitada:

- () Toda la información médica solicitada
 () Copia del historial médico, resumen de alta y reportes quirúrgicos
 () Copia completa del expediente hospitalario
 () Otra (especifique): _____

Fechas cubiertas:

- () Todas las admisiones o atenciones en este centro o por este médico
 () Limitado a las fechas de tratamiento o condiciones descritas aquí: _____

Propósito o motivo para el uso de la información: () Reclamaciones () Seguro () Demanda judicial () Solicitud de abogado
 () Compensación laboral () Otro (especifique): _____

Esta información se utilizará únicamente para el propósito indicado y en relación con las reclamaciones del paciente contra _____ (y otros).

Autorización:

Certifico que esta solicitud se ha realizado voluntariamente y que la información proporcionada es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna acción para cumplir con ella. La redistribución de mis registros médicos por parte de quienes reciban la información autorizada anteriormente no podrá realizarse sin un nuevo consentimiento por escrito. Sin mi revocación expresa, este consentimiento expirará automáticamente: () al cumplirse la necesidad de divulgación; () en la fecha indicada por el paciente: _____; () hasta que el paciente la revoque por escrito; () 180 días a partir de la fecha; () bajo las siguientes condiciones: _____

Otras condiciones: Una copia de esta autorización o de mi firma en ella () podrá () no podrá utilizarse con la misma validez que el original.

Fecha

Firma del Paciente / Tutor Legal / Apoderado

Persona autorizada para firmar por el paciente

Fecha

Representante de YDH / Testigo

Nombre en letra de molde del testigo