

Sección A: Esta sección debe completarse para todas las Autorizaciones					
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:		Últimos cuatro dígitos de Número de Seguridad Social (opcional):	
Nombre del proveedor:		Nombre del receptor:			
Dirección del proveedor:		Dirección 1:			
		Dirección 2:			
		Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Solicitud de entrega (si se deja en blanco, se proporcionará una copia en papel) <input type="checkbox"/> Copia en papel <input type="checkbox"/> Correo electrónico, Dispositivos electrónicos, si están disponibles (por ej.: unidad USB, CD/DVD, correo electrónico), NOTA: En el caso de no poder realizar una entrega electrónica como se solicitó, se deberá proporcionar un método alternativo de entrega (p. ej. una copia en papel).					
Correo electrónico (Si se ha marcado la casilla de correo electrónico. Escriba de manera legible):					
Esta autorización vencerá el próximo: (complete la fecha o el evento, pero no ambos).					
Fecha:		Evento:			
Objetivo de la divulgación de información:					
Descripción de información que se usará o divulgará					
¿Esta solicitud es para notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí, entonces éste es el único documento que puede solicitar en esta autorización. Para los documentos que se muestran a continuación, deberá presentar otra autorización. <input type="checkbox"/> No, entonces puede marcar todos los documentos que necesite a continuación.					
Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):
<input type="checkbox"/> Toda la información médica protegida (PHI) en el expediente médico <input type="checkbox"/> Formulario de admisión <input type="checkbox"/> Reportes dictados <input type="checkbox"/> Órdenes del médico <input type="checkbox"/> Consumo/eliminación <input type="checkbox"/> Prueba clínica <input type="checkbox"/> Hojas de medicamentos		<input type="checkbox"/> Información operatoria <input type="checkbox"/> Laboratorio de cateterismo <input type="checkbox"/> Prueba/terapia especial <input type="checkbox"/> Tiras de ritmo cardíaco <input type="checkbox"/> Información de enfermería <input type="checkbox"/> Formularios de transferencia <input type="checkbox"/> Información de la Sala de Emergencia		<input type="checkbox"/> Resumen de parto/trabajo de parto <input type="checkbox"/> Evaluación de enfermera obstetra <input type="checkbox"/> Hoja de flujo posparto <input type="checkbox"/> Factura desglosada: <input type="checkbox"/> Formulario UB-04: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Otro:	
Mediante el presente documento reconozco y doy consentimiento de que la información divulgada podría contener datos sobre consumo de alcohol, fármacos y drogas, información genética o psiquiátrica, análisis de VIH y resultados de VIH o SIDA. _____ (Iniciales)					
Entiendo que:					
1. Puedo negarme a firmar esta autorización ya que la firma es estrictamente voluntaria. 2. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no pueden estar condicionados a que firme esta autorización. 3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá efecto alguno en cualquier acción tomada antes de recibir la revocación. Se pueden encontrar más detalles en el Aviso de Prácticas de Confidencialidad.. 4. Si el solicitante o el receptor de la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, la información divulgada podría no estar protegida conforme a las normas federales de confidencialidad y podría volver a divulgarse. 5. Entiendo que, si lo solicito, puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por una cuota razonable de copiado. 6. Obtengo una copia de este formulario luego de haberlo firmado.					
Sección B: ¿La solicitud de información médica protegida (PHI) es para propósito de marketing y/o involucra la venta de información médica protegida (PHI)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si es así, el plan de salud o proveedor de atención médica deberá completar la Sección B. En caso contrario, pase a la Sección C.					
¿El receptor recibirá una compensación financiera a cambio de usar o divulgar esta información?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
De ser así, describa:					
¿Puede el receptor de la información médica protegida (PHI) cambiarla por compensación financiera?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sección C: Firmas					
He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información médica protegida (PHI) como se estipula en este documento.					
Firma del paciente/Representante del paciente:				Fecha:	
Nombre en letra imprenta del representante del paciente:				Relación con el paciente:	



Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information (PHI)
 FAX TO 720-279-6593

Patient Information/Label