

## Autorización para el uso y divulgación de información de salud

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Autorizo el uso y/o la divulgación de la información de salud del sujeto arriba mencionad@

**DE PARTE DE:** Persona/Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Fax/ Teléfono: \_\_\_\_\_

**A:** Persona/ Organización \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Fax/ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Razón para la divulgación:**  comunicación verbal  atención médica continuada/ consulta con especializada  
 Cambio de clínica/proveedor medico  archivos personales

### El tipo y la cantidad de información pueden ser utilizados y divulgados de la siguiente manera:

\_\_\_ lista de problemas \_\_\_ examen anual/reconocimiento físico más reciente \_\_\_ notas de visitas más recientes

\_\_\_ lista de fármacos \_\_\_ archive de vacunas \_\_\_ resultados de análisis de laboratorio, date: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Es preciso que se incluya la siguiente información protegida (ponga sus *iniciales* para indicar la información a compartir):**

\_\_\_ VIH/SIDA \_\_\_ Servicios de Salud Mental/de la conducta \_\_\_ Historial de tratamiento para el abuso de alcohol/drogas

*Entiendo que esta autorización se vencerá un año de la fecha de hoy, a menos que no revoque la misma autorización en cualquier momento, con excepción de la información que Lyon-Martin ya haya divulgado por mi propio pedido. Entiendo que para revocar la autorización, es preciso dar información por escrito, y presentar mi revocación con el equipo de recepción al frente. La revocación no se aplica al seguro médico del paciente, cuando la ley provee al seguro del paciente el derecho contestar la solicitud de reembolso bajo la póliza misma*

Entiendo que el uso y/o la divulgación de esta información es voluntaria, y que mi tratamiento, los gastos que incurre, y mi matriculación en programas de salud pública, no serán condicionados por mi consentimiento en firmar esta autorización, excepto como delineado abajo:

*Si esta información es para mí provisión para tratamientos relacionados a investigaciones y estudios médicos, la disposición de estos tratamientos puede ser condicionada por mi consentimiento de firmar esta autorización. Si esta autorización es solamente para el propósito de crear información de salud protegida para la divulgación a la persona u organización abajo, la provisión de atención medica solo para este propósito puede ser condicionada según mi consentimiento de firmar esta autorización.*

Entiendo que cualquier clase de divulgación de información trae consigo el potencial de ser divulgada a terceros por parte del recipiente, de esta manera perdiendo la protección de las reglas de confidencialidad. Cualquier pregunta que yo tenga acerca de la divulgación de información de salud protegida, puede dirigirse al equipo de LMHS al 415.565.7667.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si firmado por un representante, especifique la relación al paciente.