



## Autorización para la liberación de registros médicos

Nombre del paciente (Apellido, Nombre, Indicial del segundo nombre)		Nombre anterior		Fecha de nacimiento
Dirección actual - Número y calle		Ciudad	Estado	Código postal
				Teléfono
De (Médico) _____		Para (Agencia) _____		
_____		_____		
_____		_____		
Información específica que se publicará _____				
_____				
_____				
Por la presente divulgo la información anterior con el propósito de _____				

Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad no están condicionados por mi firma de esta autorización. Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de privacidad. Esta información puede enviarse, recogerse o transmitirse por fax. Permita de 7 a 10 días hábiles después de completar el registro médico. Por la presente autorizo la revisión y / o divulgación de información, incluyendo, si corresponde, pruebas de laboratorio específicas de infección por VIH o el diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o afecciones relacionadas con el SIDA. Si la información anterior incluye abuso de alcohol y / o drogas, salud psicológica o mental o discapacidades del desarrollo, autorizo esta inclusión de información.

**HE LEÍDO LA DECLARACIÓN ANTERIOR Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN QUE PUEDE SER REVISADA Y / O PUBLICADA POR ELLA:**  Si  No

### LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR

Entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito. Esta autorización permanecerá vigente por sesenta (60) días a menos que se retire por escrito. La información anterior no se proporcionará, venderá, transferirá ni transmitirá de ninguna manera a ninguna persona no especificada en esta autorización sin obtener primero mi consentimiento adicional por escrito. Además, acepto que el Hospital o sus agentes pueden cobrarme a mí o a cualquier destinatario designado el costo incurrido en la preparación de la copia de los registros médicos solicitados. Una copia de esta autorización será tan válida como el original.

_____	_____
Firma del paciente	Firma del padre, tutor, poder notarial
_____	_____
Fecha	Relación
_____	_____
Testigo	Fecha