



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Una vez que se complete este documento, quedará autorizada la divulgación o el uso de información de identificación personal, según se establece a continuación, en cumplimiento de la ley federal y de California con respecto a la privacidad de dicha información.

Por la presente, yo, \_\_\_\_\_, autorizo a \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente) (Nombre de la persona o institución que tiene la información)

Para el uso y la divulgación de la siguiente información de salud (seleccione solo una de las siguientes opciones):

Toda información de salud relacionada con cualquier antecedente médico, afección mental o física, y el tratamiento recibido.

Excepción: \_\_\_\_\_

Solo los siguientes registros o tipos de información de salud (incluida cualquier fecha):

\_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_

(Nombre y cargo o nombre de la institución que recibe la información de salud)

\_\_\_\_\_ (Calle, ciudad, estado, código postal)

\_\_\_\_\_ (Número de teléfono)

\_\_\_\_\_ (Número de fax)

Para los siguientes fines: \_\_\_\_\_

Esta autorización tiene validez hasta \_\_\_\_\_ (fecha o acontecimiento), cuando se produzca su vencimiento.

### Entiendo que mediante la firma de esta autorización:

- Acepto el uso y la divulgación de mi información de salud de identificación personal, según se describe anteriormente para los fines que se enumeran.
- Tengo derecho a anular mi permiso para la divulgación de mi información. Si firmo esta autorización para usar o divulgar información, puedo anularla en cualquier momento. La anulación debe realizarse por escrito y no afectará la información que ya se haya usado o divulgado.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Firmo esta autorización en forma voluntaria, y el tratamiento, el pago o la elegibilidad para los beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.
- Entiendo además que la persona a la que se le divulguen los registros e información, conforme a esta autorización, ya no podrá usar ni divulgar la información médica a menos que obtenga otra autorización de mi parte o dicha divulgación esté permitida o sea requerida específicamente por la ley.

Firmado por el paciente:	Fecha:
O firmado por el representante del personal:	Fecha:
Relación legal con el paciente:	