



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Nombre completo del Paciente	Seguro Social del paciente/Número Record Médico
Dirección	Fecha de nacimiento del paciente
Ciudad, Estado, Zip Code	Número de teléfono del paciente

Autorizo el uso o divulgación de mi información de salud protegida según se describe abajo.

- Las siguientes personas (o clases de personas) pueden recibir divulgaciones de información de salud protegida sobre mi:

Nombre
Dirección
Ciudad, Estado, Zip Code

- Información específica que debe ser divulgada es (propvea las fechas de servicio, de ser posible):

A MENOS QUE USTED FIRME AQUI, no se divulgará información sobre alcohol/abuso de sustancias, HIV/AIDS o salud mental:

SI, DIVULGUE ESTA INFORMACIÓN _____

NO, NO DIVULGUE ESTA INFORMACIÓN _____

- Entiendo que la información usada o divulgada puede estar sujeta a re-divulgación por la persona o entidad que la reciba y no estaría protegida por las leyes federales de privacidad.
- Puedo revocar esta autorización notificando por escrito al Oficial de Privacidad de Salus. Entiendo que cualquier acción tomada confiando en esta autorización no puede ser revertida y mi revocación no afectará esas acciones.
- Salus no condicionará mi tratamiento a la firma de esta autorización.
- El propósito/uso de la información _____.
- Esta autorización expira el ___ de _____, 20____ (no más de 2 años a partir del día de la firma).

CARGOS POR COPIAS: Las leyes federales y locales permiten que se pueda cobrar por la copia de expedientes médicos. Podemos solicitarle que haga el pago por adelantado. De lo contrario, enviaremos sus copias con una factura.

LLENE ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD ANTES DE FIRMARLO – Note que tiene que firmar en 2 lugares.

Firma (Persona de la que trata la información)	Fecha	Fecha nacimiento
Firma del representante personal	Fecha	Descripción de la autoridad para actuar por el Individuo

Copia completada, firmada y fechada de este formulario se entregará al individuo si lo solicita.

Uso Oficial Solamente

Recibido	Procesado por	Récord Médico #
-----------------	----------------------	------------------------