



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR  
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA  
PROTECTED HEALTH INFORMATION  
RELEASE AUTHORIZATION (SPANISH VERSION)**

MRU00696 (06/07/13)

Page 1 of 1

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

N° de Seguridad Social (opcional): \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

N° de Ficha Médica: \_\_\_\_\_ N° de Cuenta: \_\_\_\_\_  Correo  Llamar para recoger

**Autorizo la divulgación de la Información Médica Protegida (IMP) de la persona mencionada y solicito que:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**divulgue la información solicitada a:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

► El objeto de esta información solicitada es: *(Nota: Hay un arancel para fotocopias de \$0,60 por página)*

Proveedor de Atención Médica  Uso Personal  Abogado  Seguro

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

► Fecha(s) de servicios solicitados: \_\_\_\_\_

► Se solicita la siguiente información:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> IMP pertinente para atención médica continua o registros médicos personales. Incluye: Hoja Frontal, Registro de Emergencia, Historia clínica y examen físico, Informe de consulta, Informe operativo, Resumen del alta, Informes de Laboratorio y Radiología, ECG, EEG, informes de otras pruebas de diagnóstico, Instrucciones para el alta | <input type="checkbox"/> Registros de Anestesia<br><input type="checkbox"/> Informe de Autopsia<br><input type="checkbox"/> Registros de Facturación<br><input type="checkbox"/> Condiciones / Consentimiento de Admisión<br><input type="checkbox"/> Formularios de Consentimiento<br><input type="checkbox"/> Imágenes / Rayos X / Tomografías<br><input type="checkbox"/> Registros de Vacunaciones | <input type="checkbox"/> Registros de Medicaciones<br><input type="checkbox"/> Notas de Enfermeras<br><input type="checkbox"/> Notas de Terapia Ocupacional<br><input type="checkbox"/> Fotografías<br><input type="checkbox"/> Notas de Terapia Física<br><input type="checkbox"/> Órdenes del Médico<br><input type="checkbox"/> Notas de Avance del Médico<br><input type="checkbox"/> Notas de Terapia del Habla |
|---|--|--|

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Reconozco, y por el presente doy mi consentimiento, que la información divulgada puede incluir abuso de alcohol o de drogas, enfermedad psiquiátrica, VIH o SIDA, enfermedad de transmisión sexual o examen genético.** Iniciales: \_\_\_\_\_

► Esta autorización caducará en la fecha o acontecimiento siguiente: \_\_\_\_\_

**Comprendo que:**

1. La autorización de esta divulgación de información es voluntaria y puedo negarme a firmar esta autorización.
2. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no se verá condicionada al firmar esta autorización.
3. Puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida que se hayan tomado medidas en base a ella.
4. La información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede verse sujeta a una nueva divulgación y ya no estará protegida por normas de privacidad federales.
5. Puedo recibir una copia de esta autorización.

Firma del paciente o representante legal del paciente

Hora

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante legal (si corresponde)

Relación con el paciente (si no es el paciente)

*Nota: Los Tutores y designados en el Poder Duradero deberán incluir una copia de la documentación aplicable.*