

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**


---

**Nombre Completo del Paciente**


---

**Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)**


---

**No. del Registro Medico Electrónico**
**1. Autorizo la divulgación de mi información de salud de:** (*¿Quién* tiene la información que desea que se divulgue?

Escriba el nombre del hospital o la clínica).

Nombre
Dirección
Ciudad
Estado
Zip
Teléfono/Fax

**2. Autorizo la divulgación de mi información de salud a la(s) siguiente(s) persona(s) u organización:** (*¿Dónde* desea que se envíe la información o *quién* puede tener la información?)

Número Dirección Ciudad Estado Zip Teléfono/Fax	Colocar el sello de ubicación del sitio
--	---

**3. Para los siguientes propósitos:**

- |   |   |  |                                |
|---|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Continuidad del cuidado de salud | <input type="checkbox"/> Copias para uso propio | <input type="checkbox"/> Seguro Médico | <input type="checkbox"/> Legal |
| <input type="checkbox"/> Transferir cuidado               | <input type="checkbox"/> Otro (especificar)     | _____                                  |                                |

**4. Información solicitada:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación detallados                                    | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio  | <input type="checkbox"/> Asesoramiento / apoyo de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Registro médico completo: últimos dos                                  | <input type="checkbox"/> Informe (s) de imágenes) | <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos             |
| <input type="checkbox"/> Registros dentales completos (incluir radiografías) - Últimos dos años | <input type="checkbox"/> Vacunas                  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                           |
| <input type="checkbox"/> Fechas de atención que se compartirán: _____ a _____                   |   |  |

**\*\*La información confidencial a continuación no se compartirá a menos que ponga su inicial\*\***

**5. COMPRENDO QUE** la información solicitada incluye la información confidencial que se detalla a continuación, se pueden aplicar leyes federales o estatales adicionales. Al poner mi inicial al lado de cada sección, doy mi permiso para que se comparta la información.

Iniciales: \_\_\_\_\_ Diagnóstico/Tratamiento de Abuso de Drogas  
 Iniciales: \_\_\_\_\_ Diagnóstico/Tratamiento de Alcoholismo  
 Iniciales: \_\_\_\_\_ Enfermedad de Transmisión Sexual  
 Iniciales: \_\_\_\_\_ Resultados de la prueba de VIH/SIDA

Iniciales: \_\_\_\_\_ Resultados de las pruebas genéticas  
 Iniciales: \_\_\_\_\_ Anemia de células falciformes  
 Iniciales: \_\_\_\_\_ Registros de Salud Mental

**ENTIENDO QUE:**

**La información utilizada o compartida** por esta autorización se puede volver a compartir con otros. Entonces ya no estará protegida por la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede limitar la posibilidad de volver a compartir parte de la información confidencial que figura en la página 1. (45 CFR§164.508 (c) (2) (iii))

**No estoy obligado a firmar esta autorización.** Elegir no firmar no me impedirá obtener atención médica o reembolso por los servicios. El único momento en que mi niego a firmar puede impedirme obtener servicios de salud es si los servicios se realizan solo para proporcionar información de salud a otra persona y se necesita autorización para enviarles la información. (45 CFR§164.508 (c) (2) (ii))

**Tengo derecho a solicitar**, por escrito, una lista de las personas que han recibido mi información de salud por razones distintas al tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones que autorice. Sé que puedo obtener una copia de esta lista una vez cada 12 meses sin costo alguno.

**Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento** enviando una solicitud por escrito o completando el formulario de Revocación de Autorización de La Clinica.

Si cancelo esta autorización, entiendo que esto no afecta la información previamente compartida. Es posible que no pueda retirar mi autorización si se hizo para obtener cobertura de seguro. (45 CFR§164.508 (c) (2) (ii))

**En los centros de salud escolares de La Clinica**, la información protegida se usará o compartirá solo cuando sea necesario. El propósito debe estar relacionado con la salud, el bienestar y la capacidad del niño para aprender y tener éxito.

**Esta autorización expirará** un año después de la fecha firmada, a menos que se escriba una fecha de vencimiento diferente aquí:

Fecha: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha (MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente/representante legal o tutor

\_\_\_\_\_  
Relación del representante legal o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (cuando está firmada en la oficina)

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del testigo

---

***Uso del personal solamente:***

***Staff Use Only:***

- Health records requested by \_\_\_\_\_ (Enter La Clinica care team member name requesting records. )
- If releasing records to patient, please select format:  MyChart  Mail  Pick-up location \_\_\_\_\_  Fax
- E-mail (Available only to and from **dent**al provider offices)

***For Staff processing ROI Use Only:***

- Patient picked up  Faxed  Mailed  Other \_\_\_\_\_
- Health records sent to \_\_\_\_\_ for patient to pick up

Staff Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_