

# Divulgación de información médica



## Información para el paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Género  Masculino  Femenino

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Por la presente autorizo la divulgación de mi información médica como se describe a continuación:**

### 1. Propósito de la divulgación

- Uso personal
- Transferencia a un nuevo proveedor
- Fines de seguro
- Otros: \_\_\_\_\_

### 2. Información que debe divulgarse

- Historial médico completo
- Información específica (marque todas las que correspondan):
  - Historial médico
  - Resultados de laboratorio
  - Informes de imágenes
  - Diagnóstico y planes de tratamiento
  - Notas de progreso
  - Información de prescripción
  - Otros: \_\_\_\_\_

### 3. Proveedor o institución que divulga información

Nombre del proveedor/centro de atención médica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de fax (si corresponde): \_\_\_\_\_

### 4. Destinatario de la información

Nombre de la persona u organización que recibe la información: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de fax (si corresponde): \_\_\_\_\_

### 5. Derecho a revocar la autorización

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito al proveedor de atención médica. Reconozco que cualquier revocación no se aplicará a la información ya divulgada antes de la revocación.

### 6. Reconocimiento y firma

Entiendo que la información divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales de privacidad. Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización, y mi tratamiento, pago o elegibilidad para recibir beneficios no se verán afectados por mi negativa.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido el contenido de este formulario de autorización.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si lo firma alguien que no sea el paciente (por ejemplo, tutor legal o representante autorizado):

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_