

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE REGISTROS PERSONALES

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

NOTE: La firma de este formulario no autoriza la divulgación de información diferente a la que se describe específicamente a continuación. Mediante este formulario se autoriza la divulgación de la información que usted especifique de conformidad con las Secciones 5701 y 7332 del Título 5 del Código de Estados Unidos, y con las partes 160 y 164 del Título 45 del Código de Reglamentos Federales.

Nombre de la Persona o Paciente _____ Fecha (DD/MM/AA) _____

Nombre y de la Organización o Persona a Quien se le Divulgará la Información _____

Dirección _____ Fax _____

Información solicitada: _____

Objetivo(s) o necesidad de la información que utilizará la organización o persona a quien se le divulgue la información: _____

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN

Certifico que esta solicitud se ha presentado de forma libre, voluntaria y sin coerción y que la información proporcionada arriba es precisa y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que esta divulgación no se puede obtener ni ofrecer como condición para recibir tratamientos, pagos o derechos a beneficios después de firmar esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, salvo si esta acción ya se haya realizado para cumplir con ella. La revocación por escrito entrará en vigencia cuando la reciba la institución donde se encuentran los registros. Luego de la divulgación, mis registros ya no tendrán protección y los receptores de la información la pueden volver a divulgar sin que necesiten otra autorización de mi parte. Sin mi revocación expresa, la autorización vencerá automáticamente cuando se satisfaga la necesidad de la divulgación, en las siguientes condiciones o en esta fecha (supplied by individual/patient). _____ (indicada por la persona o paciente)

Firma de la Persona o Paciente _____ / ____ / ____
Fecha (DD/MM/AA)

Firma del representante personal, si no lo firma el paciente* _____ / ____ / ____
Fecha (DD/MM/AA)

*[NOTA: ADJUNTE LOS DOCUMENTOS QUE COMPROBEN SU FACULTAD PARA REPRESENTAR AL PACIENTE].
ENVÍE POR FAX EL FORMULARIO RELLENO A: 713.798.2787