

Forma de Autorizacion para Divulgar Informacion Confidencial de Salud

Nombre de la Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Direccion _____

Por este medio yo autorizo a North Shore Urogynecology para **Divulgar/Recibir de:** (circule uno)

(Nombre de Centro de Salud, Doctor, Agencia, etc)

(Nombre de la calle, Ciudad, Estado y Codigo Postal)

(Numero de Telefono) (Numero de Fax)

La siguiente informacion:

- El expediente completo, excluyendo tratamientos de salud mental, tratamientos de alcoholismo, tratamientos de abuso de drogas, y los registros de VIH/syndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- Reportes de Laboratorios
- Reportes de Radiografias
- Notas Operativas
- Otras: _____

El proposito(s) de la autorizacion es:

- Cuidado adicional/servicio
- Uso Personal
- Propositos Legales
- Otra (especificar) _____

Yo entiendo que:

- En el caso de que me niegue a autorizar la divulgación de la información arriba descrita, entiendo que no será divulgada, excepto según lo dispuesto por la ley.
- La práctica no puede condicionar el tratamiento sobre si yo firmo esta autorización, excepto cuando la provisión de atención de salud es únicamente con el propósito de crear información de salud protegida para su divulgación a un tercero.
- La información utilizada o revelada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una revelación por parte del receptor y puede que ya no esté protegida por la ley.
- Esta autorización es válida hasta que sea revocada por el paciente. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al médico mi deseo de hacerlo. También entiendo que no podré revocar esta autorización en los casos en que el médico ya haya confiado en ella para usar o divulgar mi información médica. La revocación por escrito debe ser enviada a la oficina del médico

Firma: _____

Fecha: _____

Si usted no es la paciente, por favor especifique su relacion con la paciente:
