

## AUTORIZACION PARA SOLICITAR O DAR INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo la divulgación de mi información personal de salud a las personas / entidad como se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria y confirmada por mis instrucciones. Por la presente doy permiso a Friends of Family Health Center para divulgar mi información personal de salud de la manera descrita aquí. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización cuando lo solicite.

Nombre del Paciente: (otros nombres que se utilizan, de soltera o alias)	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Dirección del paciente:	Ciudad, Estado, Código Postal	Número de Teléfono
Miembro/Número de Expediente Médico	Grupo/Número de Pacientes	Nombre de su Pareja
<b>AUTORIZO (LAS PERSONAS NOMBRADOS ABAJO)</b>	<b>PARA DAR A (LAS PERSONAS NOMBRADOS ABAJO)</b>	
Nombre del Médico/Practicante	Nombre de la Agencia, o Persona Solicitando Información	
Nombre de Centro Médico	Nombre de Centro Médico	
Dirección	Dirección	
Ciudad, Estado, Código Postal	Ciudad, Estado, Código Postal	
Teléfono y Fax	Teléfono y Fax	

### DAR A CONOCER O COPIAR DE MI EXPEDIENTE (marque los que apliquen y inicial en la línea):

<input type="checkbox"/> Historia y examen físico _____ <input type="checkbox"/> Radiografía _____ <input type="checkbox"/> Vacunas _____ <input type="checkbox"/> Registros de Alcohol Y Abuso de Drogas _____ Fechas _____ <input type="checkbox"/> VIH/SIDA exámenes y resultados _____ Fechas _____	<input type="checkbox"/> Reportes de Cirugía _____ <input type="checkbox"/> Reportes de Patología _____ <input type="checkbox"/> Consulta _____ <input type="checkbox"/> Documentos Hospitalarios _____ <input type="checkbox"/> Resumen de salida hospitalaria _____ <input type="checkbox"/> Sala de Emergencia/Atención Urgente _____ <input type="checkbox"/> Todo el expediente _____	<input type="checkbox"/> Laboratorio _____ <input type="checkbox"/> Reportes de Radiografía _____ <input type="checkbox"/> Avances/Notas Médicas _____ <input type="checkbox"/> Muestra de Patología _____ <input type="checkbox"/> Salud Mental _____ Fechas _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	--	--

### LIMITO EL USO DE MI EXPEDIENTE A LAS SIGUIENTES PERSONAS (marque una):

<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro reclamo de seguro medico _____	<input type="checkbox"/> Cuidado de Salud Continuo <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Compensación al Trabajador <input type="checkbox"/> Límites: _____
---	--	--

### ESTA AUTORIZACIÓN ENTRARA EN EFECTO INMEDIATAMENTE Y PERMANECERÁ EN VIGOR PARA:

- El paciente mencionado arriba
- El representante legal del paciente menor de edad nombrado arriba
- El representante legal del paciente incompetente nombrado anteriormente (deberá presentar la documentación legal)
- El beneficiario de representante personal del paciente nombrado anteriormente que ha fallecido (deberá presentar la documentación legal)
- \_\_\_ un año después del día lo firmo \_\_\_ dos años después del día lo firmo \_\_\_ en este día: \_\_\_\_\_ .

Estoy consciente que puede haber un costo para el trámite de esta autorización. También reconozco que el costo podría ser mi responsabilidad.

Iniciales del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha	Firma	Testigo
	Imprima su Nombre	Dirección (si no es el paciente)    Ciudad / Estado / Código Postal