

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.

Todos los artículos marcados con un asterisco (*) son obligatorios.

*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
AUTORIZO (LAS PERSONAS NOMBRADOS ABAJO)		PARA DAR A (LAS PERSONAS NOMBRADOS ABAJO)
*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	

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

***OBLIGATORIO* LIMITO EL USO DE MI EXPEDIENTE A LAS SIGUIENTES PERSONAS (marque una)**

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