

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 |