



AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DEL PACIENTE O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ Número de registro medico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos cuatro números del Seguro Social: _____

Número de teléfono: (____) _____

Persona/organización que recibirá PHI: _____ Nombre de la persona/organización para divulgar su PHI: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de teléfono: (____) _____ Número de teléfono: (____) _____

Records requested: ☐ Resumen de salud ☐ Hoja frontal ☐ Historia de salud y disco medico
☐ Notas de progreso del medico ☐ Resumen de alta ☐ Cardiología ☐ Resumen de operación ☐ Ordenes del medico
☐ Notas de enfermera/o ☐ Laboratorio ☐ Informes de imágenes ☐ CD/DVD de imágenes
☐ Fracturación detallada de recibos ☐ Imágenes dentales ☐ Atención domiciliaria
☐ Registro completo (Autorización adicional necesaria para notas BH)
☐ Servicios de salud del comportamiento (Conserjería familiar/grupal puede requerir autorización)
☐ Notas psiquiátricas/psicoterapéuticas: _____

La ley federal requiere la autorización del proveedor Fecha/hora

☐ Otros requisitos: _____

Fecha(s) de la(s) visita(s) necesarias: _____

La información se obtendrá, se utilizará o se divulgará únicamente para los siguientes fines:

☐ Asesoranza ☐ Tratamiento continuo ☐ Legal ☐ A petición del paciente o de su representante

☐ Otros (especifique): _____

Método preferido para recibir registros: ☐ Recoger ☐ Enviar a la dirección de correo

☐ Dirección de correo electrónico: _____

Si es ilegible, no se intentará la entrega del correo electrónico. Entiendo que la comunicación por correo electrónico pueda no ser segura, lo que genera un riesgo de divulgación inadecuada a personas no autorizadas. Al ingresar una dirección de correo electrónico, acepto ese riesgo y no responsabilizaré a CNDH en caso de que ocurra tal incidente. CNDH se reserva el derecho de restringir que ciertas solicitudes no se envíen por correo electrónico por su seguridad o debido al tamaño del archivo de la PHI solicitada.

Entiendo que al firmar voluntariamente esta autorización:

- Autorizo el uso o divulgación de mi PHI como se describe anteriormente para los fines enumerados.
- Tengo derecho a retirar el permiso para la divulgación de mi información. Si firmo esta autorización para usar o divulgar información, puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe realizarse por escrito a la persona/organización que divulga la información y no afectará la información que ya haya sido utilizada o divulgada.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que, a menos que el propósito de esta autorización sea determinar el pago de un reclamo de beneficios, firmar esta autorización no afectará mi elegibilidad para beneficios, tratamiento, inscripción o pago de reclamos.
- Mi información médica puede indicar que tengo una enfermedad transmisible y/o no transmisible que puede incluir, entre otras, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea, VIH o SIDA y/o puede indicar que tengo o he sido tratado por afecciones psicológicas o psiquiátricas o abuso de sustancias.
- Entiendo que puedo cambiar esta autorización en cualquier momento escribiendo a la persona/organización que divulga mi PHI.
- Entiendo que no puedo restringir información que ya haya sido divulgada en base a esta autorización.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y ya no estar protegida por la regulación de privacidad.

Firma del paciente o representante legal

Fecha/hora

La descripción de la autoridad del representante legal con la documentación de respaldo debe estar en los archivos de CNDH.

Fecha de vencimiento o evento. Si no se indica lo contrario, la autorización se vence en un año.