



**AUTORIZACIÓN PARA LA
DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN DE SALUD
PROTEGIDA**

Nombre de la persona / PACIENTE	
FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN	Ciudad / Estado / ZIP

1. Por la presente autorizo voluntariamente _____ a divulgar la información médica que se indica a continuación a _____.
2. El propósito de esta divulgación es para _____.
3. La información a divulgarse será:
 - El Expediente Médico completo
 - Sólo la información médica que comprende el período de _____ a _____
 - Otro (especificar) _____

Si desea divulgar cualquiera de la siguiente información sensitiva, favor de indicar con una marca de cotejo a continuación:

- Tratamiento para el abuso de Alcohol / Drogas
- Tratamiento relacionado al VIH / SIDA
- Salud Mental (Otros distintos a las notas de psicoterapia *)

Porfavor, marque todos los métodos de transmission aprobados para su información médica:

- Recoger en persona
- Correo Electronico* _____
- Fax _____
- Correo Dirección de envoi _____

(Porfavor incluya cuidad, estado, y codigo postal)

*La opción de transmission por correo electrónico NO aplica a los clientes del Centro CARE. La información médica protegida NO se enviará por correo electrónico a los clientes del Centro CARE, independientemente de si se ha firmado el formulario de Autorización para la Divulgación de PHI.

4. Esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente hasta _____ (fecha) o por un año desde la fecha de la firma si no se indica la fecha.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento antes de la divulgación de información de parte del Consejo de Salud del Condado (CSC) y que la revocación no afectará cualquier acción tomada en relación con esta autorización antes de recibir la revocación por escrito.

Entiendo que mi elegibilidad para los beneficios, el tratamiento o el pago no está condicionado a mi disposición de la presente autorización.

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y no estará protegida por el Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Nombre del Representante autorizado (Si aplica)

Firma del Representante autorizado (Si aplica)

Fecha

* *Notas de psicoterapia* significa; notas grabadas por un proveedor de atención de la salud mental que documenta o analiza el contenido de la conversación durante una sesión privada de consejería, grupal, o familiar, y que están separadas del resto de la información médica del individuo contenida en el expediente médico. 45 C.F.R. 164.501.