



Affix Patient Sticker Here

**AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER LA INFORMACIÓN DE SALUD**

**\*\*Podría haber un cobro por la obtención de las copias \*\***

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Expediente Médico \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Teléfono( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Por la presente, autorizo al hospital Copley Memorial a:**

PARA REVELAR A:

PARA OBTENER DE:

Persona/Entidad/Agencia \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

**Formato Solicitado:**  Papel  Disco Compacto  Dirección de Correo electrónico del Paciente: \_\_\_\_\_

**Descripción Específica de Información que puede ser usada/revelada:**

- PACIENTE INTERNO Fecha de Atención \_\_\_\_\_
- PACIENTE EXTERNO Fecha de Atención \_\_\_\_\_
- SALA DE EMERGENCIA Fecha de Atención \_\_\_\_\_
- Por favor proporcionar el expediente médico completo (incluyendo atención interna, externa y sala de emergencia)
- Por favor proporcionar la información abstracta solicitada
- Otro \_\_\_\_\_

**La información será utilizada/revelada para el siguiente propósito:**

- Atención Continúa  Personal  Legal  Otro \_\_\_\_\_

**Yo autorizo al Hospital Copley Memorial a emitir la información precisa como fue indicada:**

- SIDA/VIH  Abuso de Drogas/Alcohol  Salud del Comportamiento
- Asalto Sexual  Abuso en la Niñez  Incapacidades en el Desarrollo
- Examen Genético

Yo entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo rehusarme a firmarla. A menos que sea permitida por la ley, mi rechazo a firmarla no afectará la habilidad de que yo pueda obtener el tratamiento, recibir el pago, o la elegibilidad a los beneficios.

Tengo entendido que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificar a la persona/ organización que emita la información por escrito. Sin embargo, la revocación no será válida si:  
a) Se ha tomado una acción en la dependencia de esta autorización, o  
b) Esta autorización es obtenida como una condición para obtener cobertura de seguro médico, otra ley provee al asegurado con el derecho de disputar un reclamo bajo la póliza de la misma póliza.

**Entiendo que la información que autorizo a la persona o entidad para recibir, pueda ser nuevamente revelada y de ya no contar con la protección por las reglas federales de privacidad.**

Esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condiciones \_\_\_\_\_

Firma	_____	_____
	Paciente	Fecha
	Representante Personal	Relación con el paciente
	Testigo	Relación con el paciente

Se requiere bajo ley de contestar a este pedido en el lapso de 30 días de haber recibido la solicitud.