



**AUTORIZACION PARA EL USO Y/O LA DIVULGACION
DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA
(EXPEDIENTE MEDICO)**

Rellene todos los campos

SECCION A: Debe ser completada para TODAS las Autorizaciones

Al firmar esta Autorización, estoy autorizando y permitiendo el uso y/o divulgación de mi información médica protegida (expediente médico) para los propósitos limitados y el uso limitado que se detallan en éste documento. En adición, entiendo que esta Autorización es completamente voluntaria y que la estoy firmando por voluntad propia.

Nombre del Paciente: _____ Paciente # _____

Dirección Residencial: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Personas/organizaciones supliendo la información: (Incluya la dirección)

Personas/organizaciones recibiendo la información: (Incluya la dirección)

Descripción específica de la información (incluyendo fecha(s)) que será usada y/o divulgada sobre mí:

*** Las siguientes casillas deben tener sus iniciales para ser incluidas en el uso y/o divulgación de su información médica.**

- * Información de salud y/o expedientes relacionados a VIH / SIDA.
- * Información y/o expedientes relacionados a la salud mental.
- * Información y/o expedientes relacionados a pruebas genéticas.
- * Información sobre el diagnóstico, tratamiento o referidos relacionados a drogas o alcohol (Las regulaciones Federales requieren una descripción de la cantidad de información y el tipo de información que será divulgada. La ley Federal prohíbe la divulgación de dicha información.)

SECCION B: Solo debe ser completada si FHMG ha solicitado la Autorización

1. FHMG debe completar lo siguiente:

a. ¿Cuál es el propósito del uso o divulgación? (Marque una.)

Ha sido solicitado por el paciente (o su representante)

Para mercadeo.

Para recaudación de fondos

Otro (explique):

b. ¿La oficina de FHMG que está solicitando la Autorización recibirá algún tipo de compensación monetaria u de otro tipo, directa o indirectamente, a cambio del uso o divulgación de la información de salud detallada anteriormente?

Si

No

Por favor llene el otro lado.

2. El paciente o su representante debe leer y poner sus iniciales en las siguientes declaraciones:
- a. Entiendo que mi cuidado médico y el pago por servicios médicos recibidos NO serán afectados si NO FIRMO éste documento. Iniciales: _____
- b. Entiendo que puedo solicitar ver y copiar la información contenida en éste documento y que recibiré una copia impresa del mismo luego de firmarlo. Iniciales: _____

SECCION C : Debe ser completada para TODAS las Autorizaciones

El paciente o su representante debe leer y poner sus iniciales en las siguientes declaraciones:

Entiendo que ésta Autorización va a expirar. (Por favor seleccione una de las tres opciones a continuación):

- a. Sin fecha de expiración (solamente se permite para Autorizaciones usadas para crear o mantener una base de datos para investigaciones o repositorios). Iniciales: _____
- b. El día _____ (DD/MM/YYYY) Iniciales: _____
Fecha
- c. Al ocurrir el siguiente evento: Iniciales: _____

Firma del paciente o su representante _____
 (Documento TIENE que ser completado antes de firmar) Fecha

Nombre del representante del paciente (en letra de molde): _____

Relación con el paciente: _____

Razón por la que la Autorización es firmada por el representante del paciente: (Seleccione una)

- Menor de edad
- Incompetente
- Otro (Explique) _____

*** USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACION**
 *Si bajo ésta Autorización se autoriza el uso y/o divulgación de notas relacionadas a psicoterapia, no puede ser utilizada para autorizar el uso y/o la divulgación de otra información médica protegida.
 Se necesitará una Autorización por separado para cualquier otro uso y/o divulgación.