

**Autorización para la divulgación de información médica**

*Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida.*

Por la presente autorizo \_\_\_\_\_  
( nombre del remitente)

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal Teléfono Fax

Para revelar a Community Health & Dental Care  
Nombre del destinatario

\_\_\_\_\_  
Dirección

Pottstown PA 19465 610-326-9460 610-222-5006  
\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal Teléfono Fax

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Marque la casilla y ponga sus iniciales para especificar qué tipo de información se divulgará.

- Información médica \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Hasta la fecha de finalización \_\_\_\_\_
- Resultados de las radiografías \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Hasta la fecha de finalización \_\_\_\_\_
- Resultados de laboratorio \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Hasta la fecha de finalización \_\_\_\_\_
- Notas de progreso \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Hasta la fecha de finalización \_\_\_\_\_
- Informes de consulta \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Hasta la fecha de finalización \_\_\_\_\_
- Toda la información de atención médica \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Hasta la fecha de finalización \_\_\_\_\_

Especifique los registros que se divulgarán

Sí No Iniciales	Autorizo la divulgación de mis resultados de ETS, pruebas de VIH/SIDA, ya sean negativas o positivas, a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente. Entiendo que la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente serán notificadas(s) de que debo dar un permiso específico por escrito antes de divulgar los resultados de estas pruebas a cualquier persona.
Sí No Iniciales	Autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con el tratamiento de drogas, alcohol o salud mental a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente.

Duración: Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en vigor durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique una fecha diferente aquí \_\_\_\_\_ .

Revocación: Esta autorización también está sujeta a revocación por escrito por parte del miembro/paciente en cualquier momento. La revocación por escrito entrará en vigor a partir de su recepción, excepto en la medida en que la parte divulgadora u otros hayan actuado en función de esta autorización.

Redivulgación: Entiendo que el destinatario no puede usar o divulgar legalmente la información de salud a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o a menos que dicho uso o divulgación sea específicamente requerido o permitido por la ley.

Representante Autorizado del Paciente:  
Fichado \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente \_\_\_\_\_

CHDC Testigo:  
Fichado \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_