



Iris Ob Gyn

Dra. Renata Silva Starr
Dra. Arielle Franco

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono n.º _____ Seguro Social _____

(Marque una opción) _____ Obtener de o _____ Divulgar a

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Para el propósito de (ej.: atención continua, transferencia de atención, PCP o registros personales):

____ Historial médico completo

____ Pruebas diagnósticas

____ Registros prenatales

____ Incluir tratamiento por drogas/alcohol

____ Resultados de laboratorio

____ Incluir información de salud conductual/mental

____ Informes y muestras de patología

____ Incluir información relacionada con VIH

____ Informes e imágenes de radiología

____ Todo lo anterior, con excepción de ____

Fecha de vencimiento: Esta autorización vencerá 12 meses a partir de la fecha en que fue firmada, a menos que se especifique lo contrario _____ (fecha de vencimiento). Iniciales ____

Redivulgación: Entiendo que, una vez que la información anterior sea divulgada, puede ser redivulgada por el destinatario y que dicha información puede no estar protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad. Iniciales ____

Condición: Entiendo que completar esta autorización es voluntario. Reconozco que el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi autorización para esta divulgación. Iniciales ____

Revocación: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una carta escrita y presentando mi revocación al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a mi autorización. Iniciales ____

Paciente o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con LA paciente