



Autorización para la divulgación de información

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud de la persona mencionada anteriormente como se describe a continuación.

Fechas de tratamiento: _____ a _____

El tipo de información que se utilizará o divulgará es la siguiente:

- _____ Notas sobre tratamiento/visitas _____ ECG _____ Informes _____ Listado de medicamentos
- _____ Resultados de laboratorio _____ Informes radiológicos _____ Informes de consultas

Otros: _____

Esta información puede ser divulgada y utilizada por la siguiente persona u organización:

Nombre/Organización: _____

Dirección: _____

Motivo/Propósito de la solicitud: _____

Si esta casilla está marcada, la divulgación de información es para fines de comercialización que implican una remuneración directa o indirecta a Kennedy Health Alliance.

Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), afecciones o tratamientos psicológicos o psiquiátricos, enfermedades de transmisión sexual o estado de abuso/dependencia de drogas/alcohol, servicios de desintoxicación o rehabilitación.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación a Kennedy Health Alliance. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar un reclamo conforme a mi póliza. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización caducará en la siguiente fecha, evento o condición _____. Si no especifico una fecha de vencimiento, esta autorización caducará en seis meses.

Entiendo que la autorización de la divulgación de información de salud es voluntaria y puedo negarme a firmar el formulario si no deseo que se procese esta solicitud. No es necesario que firme este formulario para garantizar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que se utilizará o divulgará según lo dispuesto en el artículo 164.524 del CFR. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las leyes federales de confidencialidad.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Si lo firmó el representante legal, relación con el paciente