



AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE LA INFORMACION PROTEGIDA DE LA SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

AUTORIZO A MCR HEALTH PARA:

ENVIAR MI INFORMACION A:

OBTENER MI INFORMACION DE:

Persona/Institución: _____

Persona/Institución: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

INFORMACION A SER DIVULGADA: (por favor escriba sus iniciales en la opción deseada)

_____ Historial Clínico General _____ Consultas Médicas _____ Resultados de laboratorio _____ Pruebas diagnosticas

_____ Otros (Especifique): _____

PROPOSITO DE LA DIVULGACION:

_____ Continuar tratamiento médico _____ Uso Personal _____ Otro (especificar) _____

No estoy de acuerdo con la divulgación de la siguiente información: _____

FECHA DE EXPIRACION: Esta autorización expira en (escriba fecha o evento) _____. Entiendo que, si no especifico la fecha de expiración o algún evento, esta autorización expirará en seis (6) meses a partir de la fecha en que fue firmada.

RE-DIVULGACION: Entiendo que una vez que la información indicada anteriormente es revelada, ésta puede ser divulgada nuevamente por la persona/servicio que la recibió y que dicha información puede no estar protegida por las regulaciones o leyes federales de privacidad.

CONDICIONES: Entiendo que el completar esta autorización es algo totalmente voluntario. También entiendo que el tratamiento médico no me será negado si rehúso firmar este formulario. **Además entiendo que los datos divulgados pueden contener información relacionada con: STD, VIH/SIDA, TBC, drogas/alcohol, salud mental, WIC(elegibilidad).**

CANCELACION: Entiendo que tengo el derecho de cancelar en cualquier momento esta autorización. Entiendo que, si cancelo esta autorización, debe ser hecha por escrito y presentada al departamento de historial clínico. También entiendo que esta cancelación no afecta la información que ya se ha dado a conocer como respuesta a esta autorización. Entiendo que esta cancelación no afecta la información provista a mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

Firma del Cliente/Representante Legal

Fecha

Escriba su Nombre

Relación del Representante Legal con el Cliente

Firma del Testigo

Fecha

*** Sello del Notario:**

Nombre escrito del Testigo

Firma del Notario

Fecha