

Community Medical Center and Physician Group
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN/SOLICITUD (Seleccione una opción)

Sección A: Esta sección debe ser completada por el paciente.							
Nombre del paciente:				# de historial médico			
DIRECCIÓN:				Fecha de nacimiento:			
				Otro:			
Nombre del hospital/proveedor que proporciona la información	Nombre de la instalación:						
	DIRECCIÓN:						
	Ciudad/Estado/Código postal:						
	Teléfono #:						
Nombre del destinatario	Nombre del solicitante:						
	DIRECCIÓN:						
	Ciudad/Estado/Código postal:						
	Teléfono:						
Fecha(s) del servicio:							
Enumere la descripción específica de la información que se publicará:	☐ Anestesia	☐ Resumen de alta	☐ Informes de imágenes	☐ Órdenes del médico	☐ Todos los registros		
	☐ Registros de facturación	☐ Electrocardiogramas	☐ Laboratorio	☐ Registros de pacientes ambulatorios	☐ Otro _____		
	☐ UB04	☐ Registros de Emergencia	☐ Registros de medicamentos	☐ Informe de patología	☐ _____		
	☐ Facturas detalladas	☐ Hoja de presentación	☐ Registros de enfermería	☐ Notas de progreso	☐ _____		
	☐ Consulta	☐ Historia y Física	☐ Cirugía/ Procedimiento	☐ Informe de divulgación	☐ _____		
Por la presente, autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud individualmente identificable, según se describe anteriormente. Entiendo que, a menos que lo restrinjan las leyes estatales individuales, esta información puede contener información sobre VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, trastornos de salud mental o notas sobre abuso/dependencia de sustancias químicas (si las hubiera) a la persona o institución que ha indicado anteriormente. (Marque una opción) SÍ NO (Iniciales aquí) ¿Esta solicitud incluye alguna nota de psicoterapia? (Marque una opción) SÍ NO (Iniciales aquí) _____ Describa el propósito/motivo de esta solicitud:							
Sección B: Debe ser completada por el paciente para todas las autorizaciones :							
El paciente o su representante debe leer y aceptar las siguientes declaraciones:							
1. Entiendo que las personas aquí autorizadas para usar/divulgar información No condicionaré el tratamiento ni el pago a que yo proporcione esta autorización.							
2. Entiendo que esta autorización caducará el ____ / ____ / _____. (Si no se indica ninguna fecha, esta autorización caducará un año después de su recepción por parte del hospital).							
3. Entiendo que la información utilizada o divulgada a cualquier entidad que no sea un plan de salud o un proveedor de atención médica puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida por las Normas para la Privacidad de la Información de Salud Individualmente Identificable, según lo establecido en 45 CFR 160 y 164.							
4. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito al hospital, excepto en la medida en que el hospital ya haya tomado medidas basándose en la autorización anterior.							
5. Entiendo que puedo ver la información descrita en este formulario si así lo solicito, y entiendo que recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.							
6. Entiendo que si mi historial médico contiene información confidencial, es posible que necesite la autorización de mi médico para su uso o divulgación.							
7. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y, al hacerlo, entiendo que la negativa a firmarla no afectará mi tratamiento.							
Por la presente, autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud personal, tal como se describe anteriormente. Entiendo que esta autorización es voluntaria. <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">(Firma del paciente o de su representante)</td> <td style="width: 50%;">(Fecha)</td> </tr> </table>						(Firma del paciente o de su representante)	(Fecha)
(Firma del paciente o de su representante)	(Fecha)						
(Si se trata del representante del paciente, por favor escriba su nombre a continuación y proporcione la prueba/documentación que posee el representante que le otorga la autoridad para actuar en nombre del paciente .							

FOR OFFICE USE ONLY:

Verified :	Yes	No	License #	
By:			SS #	
Signature:	Yes	No	Other:	

16/03/2026