

# AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN/ADQUISICIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Por la presente, el suscrito autoriza al \_\_\_\_\_  
Departamento de Salud Local

Cuya dirección es \_\_\_\_\_

Para que revele a/u obtenga información de \_\_\_\_\_  
Nombre del establecimiento Dirección del establecimiento  
Información del paciente/registros clínicos de:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Número de Identificación

Toda la información puede ser revelada, excepto la información confidencial que puede incluir: información del programa HANDS, información de enfermedades venéreas o VIH/SIDA, abuso de alcohol, abuso de drogas, condiciones psicológicas o psiquiátricas, o pruebas genéticas, etc.-a menos que sea pedido específicamente por el paciente, padre o guardián legal:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
con el propósito de \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización tendrá vencimiento en la siguiente fecha, evento o condición:

\_\_\_\_\_  
Entiendo que si no especifico una fecha de vencimiento o condición, esta autorización será válida por el período de tiempo necesario para cumplir con su propósito hasta por un año, excepto a revelaciones de transacciones financieras, en donde la autorización es válida por tiempo indefinido. Entiendo también que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Entiendo que mi información puede no ser protegida de otras revelaciones por parte del solicitante de esta información.

Entiendo también que si me niego a firmar esta autorización no afectará mis derechos de obtener tratamientos o realizar pagos para los servicios ni mi elegibilidad para obtener beneficios. Si un servicio es solicitado por un tercero pero que no es el paciente, con el propósito de crear información de salud, negarse a firmar esta autorización puede resultar en la negación del servicio que se solicita.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización y para hacerlo tengo que enviar una solicitud por escrito a la Agencia del Departamento de Salud Local que está específicamente autorizada arriba.

Entiendo que puedo obtener una copia de mis datos de cuidado de salud y para hacerlo tengo que enviar una solicitud por escrito a la Agencia del Departamento de Salud Local que está específicamente autorizada arriba.

\_\_\_\_\_  
**Firma del cliente/paciente, padre o guardián legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Relación (si la firma no es del paciente/cliente)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

(Es necesario solamente cuando el cliente/paciente, padre o guardián legal firma con una marca)