

OF NEW MEXICO

303 MULBERRY NE • ALBUQUERQUE, NEW MEXICO • 87106
(505) 243-9739 PHONE • (800) 321-4977 TOLL FREE
(505) 842-0650 FAX

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

NOMBRE DE PACIENTE _____ SS # _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ TELEFONO _____

POR EL PRESENTE AUTORIZO A: MEDICO/CENTRO MEDICO _____

PARA DIVULGAR MIS EXPEDIENTES MEDICOS RELATIVOS A LO SIGUIENTE:

TODOS LOS REGISTROS: ☐ SI ☐ NO ☐ OTRO (ESPECIFICAR) _____

FECHAS DE SERVICIO PARA LAS QUE SE SOLICITAN LOS REGISTROS: ☐ TODAS ☐ OTRO: _____

LOS REGISTROS DESCRITOS ANTERIORMENTE DEBEN ENTREGARSE A:

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

PARA:

- ☐ TRASLADO A OTRA CIUDAD O ESTADO
- ☐ CAMBIO DE OFTALMOLOGO
- ☐ FORMULARIO DE DISCAPACIDAD
- ☐ PARA USO DEL ABOGADO
- ☐ INFORMACION SOBRE SEGUROS DE SALUD Y VIDA
- ☐ OTRO: _

POR FAVOR, COLOQUE SUS INICIALES SI DESEA QUE ESTA INFORMACION SE ENVIE JUNTO CON SUS REGISTROS:

_____ RESULTADOS DE MI PRUEBA DE VIH.

_____ RESULTADOS DE MI PRUEBA DE ALCOHOL O DROGA.

_____ INFORMACION SOBRE MIS PRUEBAS O TRATAMIENTO PSIQUIATRICO/PSICOLOGICO.

- ☐ Por la presente, eximo al proveedor de atención médica de toda responsabilidad legal que pudiera derivarse de la autorización otorgada anteriormente. Una copia de la autorización tendrá la misma validez que el original.
- ☐ Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, enviando dicha notificación al responsable de privacidad del centro que realiza la divulgación. Entiendo que la revocación no será efectiva en la medida en que el centro que realiza la divulgación ya haya actuado basándose en el uso o la divulgación de la información de salud protegida.
- ☐ Entiendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de nueva divulgación por parte del destinatario y podría dejar de estar protegida por las leyes federales o estatales.
- ☐ La institución que realiza la divulgación no condicionará mi tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud ni la elegibilidad para recibir beneficios (si corresponde) a que yo otorgue autorización para el uso o la divulgación solicitados.
- ☐ Entiendo que tengo derecho a inspeccionar o solicitar una copia de la información de salud protegida que se utilizará o divulgará, según lo permitido por la ley federal (o la ley estatal, en la medida en que esta otorgue mayores derechos de acceso).

FIRMA DE PACIENTE/REPRESENTANTE DEL PACIENTE

FECHA REPRESENTANTE (ID VERIFIED)

RELACION AL PACIENTE