

**Autorización para la divulgación o la obtención de información de salud protegida  
(incluida información impresa, oral y electrónica)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ (incluir ciudad/estado/código postal)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Últimos cuatro dígitos del N° del Seguro Social: XXX-XX-\_\_\_\_\_

Fecha de servicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre del proveedor que ordenó el tratamiento: \_\_\_\_\_

**Autorizo a:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de correo postal: \_\_\_\_\_ (incluir ciudad/estado/código postal)

Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono o de celular: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a divulgar información a (información que se divulgará)

\_\_\_\_\_ a obtener información de (información que se solicitará)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de correo postal: \_\_\_\_\_ (incluir ciudad/estado/código postal)

Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono o de celular: \_\_\_\_\_

El propósito de esta autorización se indica abajo (coloque una "X" al lado de todas las opciones que correspondan).

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Continuar la atención médica | <input type="checkbox"/> Crear información de salud para divulgarla a un tercero |
| <input type="checkbox"/> Personal                     | <input type="checkbox"/> Tratamiento relacionado con investigación               |
| <input type="checkbox"/> Cambiar de médico/proveedor  | <input type="checkbox"/> Mejora de la calidad                                    |
| <input type="checkbox"/> Investigación o acción legal | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |

Por la presente autorizo a Affinity Health Group a facilitar la siguiente información confidencial sobre mi salud a la persona o compañía mencionada anteriormente (marque con una "X" todas las casillas que correspondan).

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Expediente entero                          | <input type="checkbox"/> Recetas médicas  | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio                              | <input type="checkbox"/> Vacunas               |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes médicos, exámenes, informes   | <input type="checkbox"/> Consultas        | <input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos                                 | <input type="checkbox"/> Informes radiológicos |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos o pruebas                     | <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Electrocardiograma (ECG), Electroencefalograma (EEG) |  |
| <input type="checkbox"/> Registros del hospital, incluidos informes | <input type="checkbox"/> Otra:            | FECHA DE SERVICIO _____   |  |

De conformidad con las leyes estatales o federales que exigen un permiso especial para divulgar información confidencial, indique con una tilde si se pueden divulgar los siguientes registros, si existen:

- |                                      |   |  |                                       |   |
|--------------------------------------|---|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Salud mental                       | <input type="checkbox"/> Rehabilitación vocacional | <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Información genética |
| <input type="checkbox"/> VIH (sida)  | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia     | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |   |

Esta autorización se considerará en vigencia a partir de la fecha de la firma que figura abajo. Fecha o evento en el que caducará esta autorización: \_\_\_\_\_ Si no se especifica, comprendo que esta autorización caducará doce (12) meses después de la fecha de autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona o del representante personal legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha