





# Solicitud Para la Divulgacion de Informacion Médica

Devolver información solicitada a:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Esta información se Solicita De:**

Nombre de Individuo/Facilidad/Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_

¿Permiso para enviar por fax y/o enviar electrónicamente? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Todo el material enviado por fax contiene una declaración de confidencialidad; Sin embargo, entiendo que la confidencialidad de quien lo reciba no siempre puede ser asegurada.

**Para el Propósito De (Debe Responder):**

Transferencia de Cuidado     Continuidad de Cuidado

Otro: \_\_\_\_\_

**Datos Solicitados** (por favor de poner sus *iniciales* en las elecciones apropiadas):

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| _____ Porciones del historial medico necesario para continuar cuidado médico incluyendo vacunas | _____ Reportes de Rayos-X     |
| _____ Historial y Exámenes Físicos  | _____ Resumen de Medicamentos |
| _____ Reportes Operativos/Patología   | _____ Consultas               |
| _____ Notas de Progreso   | _____ Los últimos 2 años      |
| _____ Solo las vacunas  | _____ Otra información médica |
|   | Fecha _____ a _____           |

**Con mis Iniciales y Firma**, yo autorizo específicamente la liberación de la siguiente información protegida:

\_\_\_\_\_ Exámenes de VIH e incluyendo documentación de los comportamientos de alto riesgo.

\_\_\_\_\_ Información sobre la diagnosis, tratamiento, o información de referencia de drogas y/o alcohol

\_\_\_\_\_ Información sobre salud mental

\_\_\_\_\_ Información sobre pruebas genéticas

\_\_\_\_\_ Trastorno de hiperactividad con déficit de atención (ADHD)

\_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

---

<b>Firma del Padre o Tutor Legal</b>	<b>Fecha</b>	<b>Firma del Paciente</b>	<b>Fecha</b>
--------------------------------------	--------------	---------------------------	--------------

Autorizo la divulgación de mi expediente médico para el propósito mencionado anteriormente. Además, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida que la acción de esta autorización ya haiga sido realizada.

**Esta autorización es efectivo durante uno (1) año a partir de la fecha de su firma, o vence el:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Una vez que la información de la salud se da a conocer, la persona o la organización que lo recibe puede volver a revelarla. Las leyes de privacidad tal vez ya no podrán proteger la información.**

**Firma del Solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Solicitado Por: *Escoja Uno (1)***     Paciente     Padre     Tutor Legal

**Nombre en Imprenta del Solicitante si no es el Paciente:** \_\_\_\_\_

**STAFF ONLY**

I have verified:     Form is complete     Identification of Requestor     Relationship if not patient

Processed by:

Name: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_