



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

Form fields for patient name, birth date, social security number, and medical record number.

Por este medio autorizo a:

- Checkboxes for various Seton Medical Centers and other facilities.

a divulgar mi información médica individualmente identificable como se describe abajo, la cual pudiera incluir información sobre enfermedades transmisibles tal como el Virus de Inmunodeficiencia Humana ("VIH") y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("SIDA")...

Comprendo que si el recipiente autorizado a recibir esta información no es un plan o proveedor de servicios médicos, la información divulgada ya no podrá ser protegida por los reglamentos de privacidad federales y estatales.

Descripción de la información a ser divulgada: (marque todas las que apliquen)

- Checkboxes for various types of medical information: Hoja Principal, Resúmenes de Alta, Historial & Examen Físico, Informes de Consultas, Informes Operativos, Informes de Radiología, Informes de Laboratorio, Informes Patológicos, Informes Diagnósticos, Diapositivas de Radiología, etc.

El propósito de esta divulgación es para lo siguiente: (marque la categoría apropiada)

- Options for the purpose of disclosure: Pedido del paciente, Pedido del hospital, Hospital, Doctor, etc.

Esta información será enviada a la siguiente dirección: (si es aplicable)

Form fields for address: Nombre, Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal.

Entiendo que puedo revocar esta autorización pidiendo una autorización de revocación por escrito que puede ser obtenida llamando/escribiendo a:

- Checkboxes for various Seton Medical Centers with their addresses.

Entiendo además que la revocación por escrito debe ser firmada y fechada con una fecha posterior a la fecha de esta autorización. La revocación no afectará acción alguna tomada antes del recibo de la revocación escrita.

Form fields for signature: Firma del Paciente o su Representante, Fecha, Representante del Paciente (letra de molde)

Relación con el paciente o Autoridad Legal (adjunte documentación pertinente)

FOR STAFF USE ONLY

Date request completed # of pages released

Staff Name

