

**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA - Médico/Dental**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del # Seguro Social: \_\_\_\_\_ Cliente #: \_\_\_\_\_

Autorizo a Compass Health Network a:  Divulgar a  Recibir de

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Fecha de divulgación de los servicios de la PHI:** Todas  Desde (fecha): \_\_\_\_\_ Hasta (fecha): \_\_\_\_\_**Información a divulgar:** *(marque todo lo que corresponda)*

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los Archivos                  | <input type="checkbox"/> Notas del médico                    | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones        | <input type="checkbox"/> Examen físico |
| <input type="checkbox"/> Formularios Cuestionarios           | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio y rayos X | <input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos |  |
| <input type="checkbox"/> Notas de Servicios con Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____                         |  |  |

**Propósito de la solicitud:** *(debe marcar uno)*

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> A petición del paciente                       | <input type="checkbox"/> Para ayudar en mi tratamiento | <input type="checkbox"/> Cuidado posterior |
| <input type="checkbox"/> Para asegurar la coordinación del tratamiento | <input type="checkbox"/> Otro: _____                   |  |

Esta autorización se hace efectiva en \_\_\_\_\_ y expirará automáticamente un año después de la fecha de solicitud o antes, según se ha designado. Por favor especifique: \_\_\_\_\_.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito en la oficina donde estoy siendo atendido. Además, entiendo que las acciones ya tomadas en base a esta autorización, antes de la revocación, no se verán afectadas.

Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica protegida es voluntario en la mayoría de los casos. Puedo negarme a firmar esta autorización. Se me negará el tratamiento por mi negativa a firmar si mi cuidado es obligatorio según el Sistema de Justicia Juvenil o Correccionales Entiendo que puedo solicitar inspeccionar u obtener una copia de mi registro. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una re-divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica protegida, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de Compass Health Network.

Mi firma a continuación reconoce que he leído, entiendo y autorizo la divulgación de mi información médica protegida.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Firma del padre/ guardián/ representante legal\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Firma del testigo\_\_\_\_\_  
Fecha