



**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LOS REGISTROS DEL PACIENTE**

Por favor, **COMPLETE** todas las secciones de este documento con **LETRA DE MOLDE** (a excepción de la firma).

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

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

1. Autorizo al Hospital Universitario a divulgar mis registros médicos a:

\_\_\_\_\_

*(Nombre y dirección de la persona o institución a quién se divulga la información)*

2. Esta autorización se limita a las siguientes fechas de tratamiento:

DESDE: \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_

Información a divulgar:

\_\_\_\_\_

(Proporcione el tipo específico de registros o solicite el "registro médico completo". Tenga en cuenta que los registros de facturación deben solicitarse por separado.)

3. Propósito de la divulgación:  Cuidado médico  Cuestiones legales  Seguros  Otro: \_\_\_\_\_

4. **Entiendo que la información a divulgar incluye mi identidad, diagnóstico y tratamiento, abarcando ALCOHOL, DROGAS, EXÁMENES GENÉTICOS, SERVICIOS CONDUCTUALES O DE SALUD MENTAL, DERECHOS REPRODUCTIVOS, ENFERMEDADES INFECCIOSAS O DE TRANSMISIÓN SEXUAL, e información sobre el SIDA y el VIH, según corresponda. Si desea que alguno de los datos mencionados arriba no sea divulgado, por favor indíquelo a continuación. De lo contrario, esta información se divulgará.**

**No autorizo la divulgación de lo siguiente:** \_\_\_\_\_

5. Esta autorización puede revocarse en cualquier momento mediante notificación escrita enviada al Director de Gestión de Información de Salud en la dirección antes mencionada, salvo en la medida en que el Hospital Universitario ya haya tomado medidas dependiendo de la misma. En caso de no haber revocación previa, esta autorización expirará automáticamente un año después de que yo coloque mi firma, a menos que yo, de lo contrario, especifique que esta autorización conservará su validez hasta la fecha escrita a continuación o en caso de producirse el siguiente hecho o condición: \_\_\_\_\_

6. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. La firma de este formulario no condiciona mi derecho a recibir un tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios. Entiendo que puedo revisar u obtener una copia de la información a utilizar o divulgar, como se indica en el Inciso 164.524 del Código de Reglamentos Federales. Entiendo que cualquier divulgación de información tiene el potencial de incluir la proporción no autorizada de ciertos datos y estos últimos podrían no estar protegidos por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el Departamento de Gestión de Información de Salud.

Firma del paciente o su tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación, en caso de no tratarse del paciente: \_\_\_\_\_

*Nota: Por favor, envíe el formulario completo por correo a la dirección que se indica arriba.*