



Improving health. Improving lives.

**AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA DE OTRO CENTRO**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ MRN # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**AUTORIZA DIVULGACIÓN DE:**

**DE INFORMACIÓN MÉDICA A:**

Nombre del Proveedor de Salud/Organización/Individuo \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal \_\_\_\_\_

Access Community Health Centers  
Atte: Registros Médicos  
2901 W. Beltline Hwy., Suite 120  
Madison, WI 53713

**PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:**

Transferir a un nuevo médico o dentista para continuar con el cuidado médico o dental.

**INFORMACIÓN A DIVULGAR:**

Rango de Fecha: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

- Notas de las visitas al consultorio  Registros de Inmunidad  Lista de Problemas/Resumen de Salud
- Informe Rayos X  Resultados de Laboratorio  Copia electrónica de los registros solicitada
- Información Específica relacionada con: \_\_\_\_\_

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN**

**Derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información de salud que se utilizará o divulgará:** Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información médica que he autorizado para que se utilice o divulgue.

**Derecho a recibir una copia de esta autorización:** Entiendo que si acepto firmar esta autorización, la cual no estoy obligado a hacer, puedo solicitar una copia firmada de este formulario.

**Derecho a negarme a firmar esta autorización:** Entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario y que la/s persona/s y/u organización/es enumeradas anteriormente que yo autorizo a utilizar y/o divulgar mi información no representa un condición para un tratamiento, pago, inscripción a un plan de salud o elegibilidad para beneficios de atención de salud sobre mi decisión de firmar esta autorización.

**Derecho a revocar esta autorización:** Entiendo que la notificación por escrito es necesaria para cancelar esta autorización. Para obtener información sobre los pasos a tomar para revocar mi autorización o recibir una copia de mi cancelación, puedo contactar a Access Community Health Centers. Asimismo, comprendo que mi revocación no será efectiva a los usos y/o divulgaciones de mi información médica que la persona(s) u organización(es) mencionadas anteriormente ya hayan hecho referencia a esta autorización. Access Community Health Centers no condicionará el tratamiento sobre el término de esta autorización. Entiendo que la información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a la divulgación posterior por parte del destinatario.

**Otras Divulgaciones:** Comprendo que si las personas u organizaciones que autorizo para recibir y/o utilizar información médica protegida no están sujetos a las leyes federales de privacidad de la información médica, pueden difundir dicha información médica protegida y pueden no estar protegida por las leyes federales de privacidad de la información médica. Entiendo que esta información se puede difundir de forma electrónica. **Fecha de Caducidad:** Esta autorización es efectiva por (1)

Mi firma autoriza la divulgación de información relacionada con SIDA/VIH, cuidado de la salud mental y tratamiento, uso de drogas y alcohol y discapacidades, a excepción de lo siguiente:

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal/Relación \_\_\_\_\_ Fecha de la Firma \_\_\_\_\_