



Improving health. Improving lives.

### AUTORIZACIÓN PARA DIFUNDIR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente MRN # Fecha de Nacimiento Teléfono

AUTORIZA DIVULGACIÓN DE:

PARA DIFUNDIR INFORMACIÓN MÉDICA A:

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

Nombre del Proveedor de Salud/Organización/Individual
Dirección
Ciudad Estado Código Postal

### PROPÓSITO DE ESTA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

- Transferencia a un Nuevo Médico/Atención Médica Continua
Aplicación para Seguro
Uso Personal
Determinación de Incapacidad
Otra, especificar
Investigación Legal

### INFORMACIÓN PARA DIVULGAR:

Rango de Fecha: hasta

- Notas de Visitas a la Oficina
Registros de Inmunización
Informes de Radiología
Estudios de Radiología
Informes de Laboratorio
Copia Completa de los Registros Médicos Oficiales
Copia electrónica de los registros solicitada
Información Específica relativa a:

### SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN

Derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información de salud que se utilizará o divulgará.
Derecho a recibir una copia de esta autorización.
Derecho a negarme a firmar esta autorización.
Derecho a revocar esta autorización.
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...

De acuerdo con las condiciones enumeradas anteriormente, autorizo a utilizar y/o divulgar mi información médica. Mi firma asimismo 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