**Autorización HIPAA para la Divulgación de Información de Salud**

**Información del Paciente**  
Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorización para Divulgar Información de Salud**  
Por la presente autorizo el uso o divulgación de mi información médica protegida como se describe a continuación:

**Preferencia de Contacto Personal**  
☐ Teléfono ☐ Dejar Mensaje de Voz ☐ Mensaje de Texto (cuando sea aplicable) ☐ Correo Electrónico ☐ Correo Postal

**Quién puede recibir la información:**  
Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Quién puede recibir la información:**  
Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información a Divulgar**  
☐ Toda la información relacionada con el tratamiento, facturación y registros médicos  
☐ Solo registros específicos (por favor especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Derechos del Paciente y Reconocimientos**

* Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito.
* Entiendo que la revocación no afectará las acciones tomadas antes de recibir dicha revocación.
* A white card with a symbol and text

  AI-generated content may be incorrect.Entiendo que la información divulgada bajo esta autorización puede ser redistribuida por el destinatario y podría no estar protegida por HIPAA.

**Firma**  
Firma del Paciente o Representante Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_