**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.
* 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_