

# Autorización Para Divulgar Información

**Por Favor Revoque**

Fecha: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Personal: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

**Yo autorizo a:**

Albuquerque Health Care for the Homeless PO Box 25445  
Albuquerque, NM 87125-0045

**Para que use y divulgue una copia de la información específica descrita abajo referente a:**

Nombre del Paciente:

\_\_\_\_\_

Apellido                      Nombre                      Inicial                      Apellido de soltera u otro Nombre

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento - M/D/A                      de Seguro Social                      Teléfono

Domicilio:

\_\_\_\_\_

Ciudad                      Estado                      Zona Postal

**Para:**

Nombre del Destinatario: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad                      Estado                      Zona Postal

\_\_\_\_\_

Teléfono                      Fax #

**Información que será Divulgada (Marque todos los que aplican):**

- |  |              |  |              |
|--|--------------|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Notas Medicas de Progreso     | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Notas Dentales  | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Exámenes Médicos e historial  | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Notas de Manejo | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico Médico            | Fecha: _____ | de Caso                                  | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio       | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Comunicación    | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Verificación de Participación | Fecha: _____ | Verbal                                   | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Reportes Dentales y Rayos X   | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____     | Fecha: _____ |

**Proposito de Divulgar:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cambio de Médico             | <input type="checkbox"/> Consultar una Segunda Opinión |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Continuo             | <input type="checkbox"/> Legal                         |
| <input type="checkbox"/> Escuela                      | <input type="checkbox"/> A seguridad                   |
| <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores | <input type="checkbox"/> Vivienda                      |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                  | <input type="checkbox"/> Determinar Discapacidad       |

**Yo Específicamente Autorizo que Divulgué la Información Relacionada con:**

- |   |              |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias (incluye alcohol/abuso de drogas) **             | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Notas de Salud Conductual*   | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento de Salud Conductual/Servicios                    | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Información relacionada con VIH (exámenes relacionados con el SIDA ) | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de Genética   | Fecha: _____ |

\*AHCH no mantiene notas de psicoterapia separadas del resto del expediente pero reconoce que La Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA por sus siglas en Ingles) requiere la autorización separada para divulgar ciertos documentos y requiere que esas notas se excluyan en esta forma reconociendo su prohibición.

\*\* Los registros médicos de un programa de trastornos de abuso de sustancias gobernado por CFR 42, parte 2 de la confidencialidad requerida no están incluidos y requieren una autorización separada.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Autorización Para Divulgar Información

1. Al autorizar este documento mi cuidado de salud y el pago por mi cuidado de salud no serán afectados si no firmo esta forma.
2. Entiendo que puedo ver y puedo recibir una copia de la información descrita en esta forma si pido una y puedo recibir una copia después de firmarla.
3. Me han informado que Albuquerque Health Care for the Homeless no recibirá ningún tipo de compensación económica o de ningún tipo a cambio de usar o intercambiar información de mi salud descrita arriba.
4. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificar por escrito a la agencia y será efectiva en la fecha que se notificó, excepto cuando se ha hecho una acción anticipada.
5. Entiendo que la información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede que esté sujeta a una nueva divulgación por la persona a quien fue dirigido o quien la recibió y ahí ya no está protegida por la Regulación de Privacidad Federal.
6. Entiendo que en cumplimiento con el Estatuto de Nuevo México se me puede pedir un cobro de \$5.00 después de la primera vez que pida los documentos. No hay un costo por archivos médicos si las copias serán mandadas a otras agencias para dar tratamiento continuo.
7. Por la presente renuncio expresamente a cualquier regla de ética que puede prevenir a cualquier hospital, doctor, sicoterapeuta, laboratorio, u otro proveedor de salud quien ha examinado o tratado al paciente mencionado arriba en cualquier capacidad profesional u otro servicio de entregar tal documento.
8. Una copia de esta autorización es igual de valida como la original.
9. Entiendo que esta autorización vence un año después de haberla firmado o en \_\_\_\_\_ \ \

\_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente Fecha Padre/Tutor Legal/ Persona Autorizada Fecha  
 \_\_\_\_\_  
 Relación con el Paciente

Archivos Entregados A: \_\_\_\_\_

Por Medio de:

Correo Fecha: \_\_\_\_\_  
 Entregado en Persona a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Otro (especifique): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

PARA LA OFICINA SOLAMENTE	
NÚMERO DE EXPEDIENTE MEDICO: _____	FECHA QUE SE MANDO LA SOLICITUD: _____
PERSONAL QUE COMPLETO LA SOLICITUD _____	COBRO RECIBIDO _____
IDENTIFICACIÓN PRESENTADA _____	