AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN Y EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD

BROOMFIELD PEDIATRICS

Nombre del cliente:_____ **Fecha de nacimiento:** _____
(DD/MM/AAAA)

Divulgación para/de: Las siguientes organizaciones/proveedores están autorizados para divulgar, intercambiar y compartir información de salud en forma verbal y escrita entre sí, con respecto al Cliente mencionado anteriormente:

Empresa/organización/persona y relación: _____

_____

_____

Dirección:

(_____)_____ –_____ (_____) _____ –_____
Teléfono: **Fax:**

_____
Correo electrónico. Dirección:

Divulgación para/de:
Empresa/organización/persona y relación: _____

_____

_____

Dirección:

(_____)_____ –_____ (_____) _____ –_____
Teléfono: **Fax:**

_____
Correo electrónico. Dirección:

Propósito(s) o necesidad para la cual se utilizará y divulgará la información: (marque según corresponda)

- ☐ Coordinación/Continuidad de la atención
- ☐ Determinación de discapacidad
- ☐ Propósito legales
- ☐ Otro (especificar):_____

Información por ser divulgada, intercambiada y compartida: (marque al lado de los documentos que serán divulgados e intercambiados)

- ☐ Registro Medico Completo
- ☐ Órdenes del médico y notas de la visita
- ☐ Información y registros legales
- ☐ Tablas de Crecimiento
- ☐ Registros de vacunación
- ☐ Plan de tratamiento
- ☐ Historial y examen físico
- ☐ Evaluación/notas psiquiátricas/psicológicas
- ☐ Análisis de laboratorio
- ☐ Otro (especificar):_____

Escriba sus iniciales en las siguientes afirmaciones:

_____ *Iniciales* ENTIENDO que la información solicitada puede incluir información de evaluación, diagnóstico o tratamiento relativa a las siguientes afecciones: enfermedad mental, abuso de drogas o alcohol y VIH/SIDA. Entiendo que esta información puede incluir, en su caso, información relativa a enfermedades de transmisión sexual, inclusive el virus de inmunodeficiencia humana (infección por VIH, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o complejo relacionado con el SIDA) y cualquier otra enfermedad transmisible.

_____ *Iniciales* ENTIENDO que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al Centro, salvo en la medida en que el Centro ya haya tomado medidas como consecuencia de esta solicitud. Esta Autorización se vencerá el _____ (fecha), o, si se deja en blanco, **DOS AÑOS** a partir la fecha de mi firma (lo que ocurra primero). Libero al Centro de toda responsabilidad por la divulgación de la información solicitada. ENTIENDO que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios pueden no estar condicionados por la firma de esta Autorización.

AUTORIZACIÓN: Comprendo que autorizar la divulgación de esta información es un acto voluntario. La presente Autorización puede utilizarse y reutilizarse para obtener información adquirida e informes elaborados después de la fecha en que se firmó esta divulgación, siempre que esta Autorización permanezca válida. Entiendo que cuando se divulga información, esto conlleva la posibilidad de que se vuelva a divulgar sin autorización, y puede dejar de contar con la protección de las normas federales de confidencialidad, como HIPAA. Se puede utilizar una copia o facsímil de esta Autorización y tendrá el mismo efecto que el original.

_____ _____
Cliente o PERSONA AUTORIZADA PARA FIRMAR POR EL CLIENTE **FECHA**

_____
Nombre en letra de imprenta de no tratarse del Cliente, e indicar cómo se le autorizó a firmar.

_____ _____
FIRMA DEL TESTIGO y nombre en letra de imprenta **FECHA**

_____ *Iniciales* **Certifico que tengo la custodia legal del Cliente mencionado y/o que estoy facultado para tomar decisiones médicas en su nombre.**

La información que contiene este documento es de propiedad exclusiva. Se prohíbe su reproducción o conversión, ya sea de forma parcial o total. Asimismo, dicha información no puede divulgarse sin el previo consentimiento.

Community Reach Center ("la Empresa") y sus directores, empleados y asesores no realizan declaraciones ni ofrecen garantías, expresas o implícitas, en el presente ni en el futuro, ni aceptan o aceptarán responsabilidad alguna en relación con la exactitud o integridad de este documento o de otros documentos escritos o información verbal que se comunique con relación a la Empresa.

Se prohíbe estrictamente toda forma de reproducción, difusión, copia, divulgación, modificación, distribución y/o publicación de este material.