



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA**

*(Debe hacerse un formulario para cada paciente. No se tramitarán los formularios incompletos.)*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Alias/apellido de soltera: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Las solicitudes de historias clínicas se tramitan en un plazo máximo de 30 días según el orden de recepción. No obstante, si tiene una cita próximamente, trataremos de atenderle si nos indica la fecha de su cita a continuación: \_\_\_\_\_.

**Los registros los entregará la FAA a la parte que figura a continuación:**

Persona/clínica/organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Quiero que entreguen mis registros (encierre en un círculo):

**POR CORREO**      **POR FAX**      **PERSONALMENTE** en la sede de AAAC: \_\_\_\_\_

Si alguien que no sea yo se encarga de recoger los documentos:

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ a recoger estos documentos en mi nombre. Entiendo que será necesario que esta persona lleve una identificación con fotografía para confirmar su identidad.

Se divulga la información para:

- Continuación del tratamiento       Asuntos legales       Asuntos de seguros       Uso personal

Otro motivo: \_\_\_\_\_

**AUTORIZO que se divulgue la siguiente información** (marque las opciones o se enviarán TODOS los documentos):

- TODOS los registros disponibles  
 Los registros sobre el tratamiento de \_\_\_\_\_  
 Los registros del plazo de tiempo comprendido entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

Esta divulgación incluye los siguientes registros, a menos que los excluya a continuación:

- Salud mental       VIH       Abuso de sustancias

*Yo reconozco que **este es el único ejemplar gratuito de mi historia clínica**. Si ya me han entregado mi ejemplar gratuito, entiendo que me cobrarán \$1.00 por cada página. Asimismo, entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento mediante el envío de una comunicación por escrito dirigida al Funcionario de Privacidad, Family Allergy & Asthma, 9800 Shelbyville Road, Louisville, Kentucky 40223. Entiendo también que mi revocación no tendrá efecto en la medida en que las personas a las que he autorizado a utilizar y/o divulgar mi información sanitaria protegida hayan actuado en virtud de esta autorización. Entiendo que no es obligatorio que firme esta autorización y que Family Allergy & Asthma no puede imponer como condición para mi tratamiento o pagos el hecho de que firme o no esta autorización. Entiendo que la información que se utilice o divulgue en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y que ya no estaría amparada por las leyes y reglamentos federales sobre la privacidad de mi información médica protegida. **Esta autorización tiene una vigencia de noventa (90) días a partir de su fecha de firma.** Si lo solicito, se me entregará una copia de esta autorización.*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre/representante  
**SE ACEPTAN LAS FIRMAS ELECTRÓNICAS**

\_\_\_\_\_  
Fecha