

**AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN  
MÉDICA PROTEGIDA  
AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

**En conformidad con los Reglamentos de privacidad, este consultorio no puede usar o divulgar su información médica protegida sin su autorización excepto según lo indicado en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.**

Mediante la presente autorizo a este consultorio y a cualquiera de sus empleados a usar o divulgar mi información médica a las siguientes personas, entidades o socios comerciales de este consultorio:

\_\_\_\_\_  
Información médica del paciente para la cual se autoriza la divulgación:

\_\_\_\_\_  
Para fines específicos de (describir en detalle)

\_\_\_\_\_  
**Período de vigencia** para esta autorización: del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Esta autorización vence al término del período indicado anteriormente.

Comprendo que la información divulgada anteriormente se puede volver a divulgar a terceros y ya no estará protegida por razones que van más allá de su control.

**Comprendo que tengo el derecho a:**

1. Revocar esta autorización enviando una notificación escrita a este consultorio y dicha revocación no afectará los usos o divulgaciones de dicha información que este consultorio haya realizado en virtud de esta autorización.
2. Ser informado de cualquier remuneración involucrada debido a cualquier actividad de marketing que esta autorización permite y que se deriva de ésta.
3. Revisar una copia de la Información médica del paciente que se usa o divulga de acuerdo a las leyes federales.
4. Negarse a firmar esta autorización.
5. Recibir una copia de esta autorización.
6. Restringir lo que se va a divulgar con esta autorización.

También comprendo que si no firmo este documento, no se condicionará mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios, proporcione o no autorización para usar o divulgar la información médica protegida del paciente.

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o de su representante autorizado*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma autorizada del establecimiento*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*