



Autorización para la publicación de información médica protegida

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:			
N.º de Seguro Social:		Teléfono:			
Dirección:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	

Por medio de la presente autorizo a MedExpress, ubicado en _____, para utilizar o divulgar la información médica protegida de la persona arriba mencionada de la manera que se describe a continuación, por el período de _____ a _____.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Historial y Examen físico | <input type="checkbox"/> Notas de progreso del médico/personal |
| <input type="checkbox"/> Finalización | <input type="checkbox"/> Órdenes de pedido |
| <input type="checkbox"/> Informes de consulta | <input type="checkbox"/> Informes de patologías |
| <input type="checkbox"/> Rayos X e Informes de imágenes | <input type="checkbox"/> Laboratorio o Resultados de pruebas |
| <input type="checkbox"/> Órdenes de medicamentos | |
| <input type="checkbox"/> Otros (describir): _____ | |
| <input type="checkbox"/> Registros de salud completos sin limitaciones | |

Esta información podrá divulgarse y utilizarse por:

Nombre de la persona o institución:					
Dirección:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Teléfono:		Fax:			

Esta información podrá utilizarse con el propósito de: _____

Autorizo específicamente la publicación de toda y otra información relacionada con:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o infección con VIH |
| <input type="checkbox"/> Notas psiquiátricas/de medicina conductual |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento por abuso de drogas o alcohol |

Entiendo que tengo el derecho de **REVOCAR** esta autorización en cualquier momento. Entiendo que de revocar esta autorización debo hacerlo **por escrito** y debo presentar mi revocación por escrito al Oficial de privacidad de MedExpress. Entiendo que la revocación no se aplicará a información que ya haya sido publicada en respuesta a esta autorización. A menos que se revoque, esta autorización tiene su vencimiento en la siguiente fecha, evento o condición: _____. De no especificar un evento o condición de vencimiento, esta autorización vencerá en seis (6) meses, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas al respecto.

Entiendo que la autorización para la divulgación de esta información médica es voluntaria y puedo negarme a firmarla. Entiendo que MedExpress no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios en el hecho de que firme esta autorización. Entiendo que puedo inspeccionar y copiar la información que se utiliza o divulga, según lo disponen las leyes federales y estatales. Entiendo que cualquier divulgación de información contiene el potencial de una nueva divulgación no autorizada y que la información podrá no estar protegida por las leyes de confidencialidad federales o estatales vigentes. De tener preguntas acerca de la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el gerente del centro o con Anne Harman, Oficial de privacidad, 304-985-6181.

Firma del individuo o del representante legal

Fecha

Si la firma es del representante legal, indicar relación

Firma del testigo