

## Libерación/Revelación de Información de Salud

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Núm. De Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Autorizo a:** \_\_\_\_\_ para que libere/abra mi registro médico a:  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono/Fax: \_\_\_\_\_

**Cubriendo el período(s) de Cuidado de la Salud:** De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Con el propósito de continuación de cuidado</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Para uso personal</b> |
| ¿El paciente es menor de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |   |
| Si sí, ¿hay alguna restricción legal de su autoridad para actuar a nombre del menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |
| Si sí, se ha provisto documentación legal. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |   |

**Información a ser liberada/revelada:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Registro Médico Completo</b>                      | <input type="checkbox"/> Reporte de Consulta             |
| <input type="checkbox"/> Registro de Paciente Interno                         | <input type="checkbox"/> Reportes de Operación           |
| <input type="checkbox"/> Historia y Exámenes Físicos/<br>Reportes de Progreso | <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio/Rayos X |
|   | <input type="checkbox"/> Otro _____                      |

**Entiendo que mi registro también puede incluir información relacionada a (marque si aplica):**

- SIDA (AIDS) (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o VIH (HIV) (Virus de Inmunodeficiencia Humana); Ley de Confidencialidad de Información Relacionada a VIH, Ley de Pensilvania, Acta 148.
- Información de Salud Mental: Ley de Pensilvania para Procedimientos de Salud Mental.
- Información de Drogas o alcohol, Ley de Control de Abuso de Drogas & Alcohol 42 CFR Parte 2.

Entiendo que el proveedor no puede poner condición de tratamiento, pago, suscripción o elegibilidad para beneficios en que yo firme o no esta autorización.

Reconozco que la información revelada conforme a esta autorización puede estar sujeta a re-liberación por parte del paciente.

Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, salvo en referencia a que se haya tomado acción relacionada a esta autorización. La institución, sus empleados, oficiales y médicos por este medio son liberados de cualquier responsabilidad legal u obligación por revelación de la información anteriormente mencionada conforme a lo indicado y autorizado por la presente.

**Entiendo que mi autorización permanecerá en efecto durante un período de 90 días a partir de la fecha de mi solicitud.**

\_\_\_\_\_  
**Firma de los Padres**

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

\_\_\_\_\_  
**Firma de la Persona Autorizada / Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Parentesco**

Información liberada por: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

Nombre del Punto de Contacto: \_\_\_\_\_