Departamento de Salud de Virginia
Oficina de Privacidad y Seguridad

Autorización para Divulgación de Información de Salud Protegida

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN Nombre:_____ Fecha Nacimiento: ___/___/____
mm/dd/yyyy

Como la persona que firma esta autorización, comprendo que:

- El suministro de tratamiento o pago no puede estar condicionado a que yo firme esta autorización.
- Cualquier información de salud re-divulgada por un receptor podría ya no estar protegida por esta autorización.
- El original o la copia de la autorización deberá incluirse en mi registro médico.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto al grado que la acción se haya tomado previo a mi solicitud de retener mis registros médicos. La solicitud debe ser por escrito y será efectiva al ser entregada al proveedor que tenga posesión de mis registros médicos.

❑ **No** autorizo la divulgación de mi información de salud a nadie, a no ser para el tratamiento, pago y operaciones de cuidados de la salud

Estoy autorizando a _____(departamento de salud) a divulgar mi información de salud a la(s) siguiente(s) organización(es) o persona(s) especificadas a continuación:

Fecha de Comienzo	Fecha de Expiración	Organización(es) o Persona(s)	Propósito de la divulgación	Información a divulgar	Fecha de revocación (por personal VDH)	Revocado por (inicial del personal)

Esta información podría divulgarse inmediatamente.

REPRESENTANTE DE CUIDADO PERSONAL

❑ No autorizo a nadie a actuar como mi representante personal

❑ Autorizo a usted a discutir mi información de salud con el siguiente individuo (o individuos) que actúa como mi representante de cuidado personal:

Nombre y relación del representante de cuidado personal:	

MÉTODO DE CONTACTO ALTERNATIVO

❑ No deseo ser contactado de ninguna manera que no sea mi dirección de casa y/o número telefónico.

❑ Prefiero que me contacte en una forma distinta a mi dirección de casa y/o número de teléfono. Deseo que se me contacte en la siguiente forma:

Información de Contacto Alternativo:	

_____ _____
Nombre en Letra de Molde **Fecha**

_____ _____
Firma **Relación con el Paciente**

Este formulario debe archivarse en el registro médico. Una copia de esta autorización está disponible para el paciente previa solicitud.