



AUTORIZACION
Para el uso o divulgación de la información sobre la salud

Información del Paciente	Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
	Dirección: _____ Teléfono: _____
	Ciudad/Estado/Zip: _____
	Apellido de soltera/Nombres previos/Apodo: _____
	Número de Seguridad Social: _____

Proveedor (Quién revela la información?)	Institución proveedora: _____
	Dirección: _____ Teléfono: _____
	Ciudad/Estado/Código postal: _____

Revelar información a: (Dónde va a mandar la información)	Proveedor/Nombre de la Facilidad: _____
	Dirección: _____
	Ciudad/Estado/Cód: _____
	Teléfono: _____ Fax: _____
	Para asegurar la confidencialidad, DFMC transmitirá la información por fax sólo cuando el paciente la haya solicitado y autorizado expresamente.

Información a revelar	Descripción específica de la salud que va a ser usada o revelada _____
------------------------------	---

Revocación	Entiendo que puedo revocar esta autorización cuando yo así lo quiera. Con sólo mandar una carta notificando a mi proveedor de salud arriba mencionado. Sin embargo, esta revocación no es valida si 1) Acción ya se ha tomada basada en esta información. 2) Esta autorización fue obtenida como condición para obtener seguro médico; otra ley provee al asegurado el derecho de reclamar según cláusula en la póliza.
-------------------	---

Autorización	Por tanto autorizo al proveedor arriba mencionado suministre la información medica acerca del paciente a la entidad mencionada en la sección Revelar Información a . Entiendo que la información que va a ser divulgada puede incluir información acerca de salud mental, alcohol, uso de drogas e información relacionada con SIDA. Entiendo que una vez revelada la información, ya no es la responsabilidad de Destiny protegerla. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla . A menos que lo permita la ley, el rehusarme a firmar no afectará el que yo pueda recibir tratamiento, recibir pago, o tener derecho a recibir beneficios.

	Firma de Paciente/Representante o Pariente _____ Fecha _____
	Relación (si esta firmado por un representante) _____

Disposición	Solamente para uso de la oficina: Fecha de envío: _____ Enviado por: _____
--------------------	--