



Autorización para Usar o Divulgar Información de Salud

Información del Paciente.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

Información del Destinatario

Yo, [Nombre impreso] _____ Solicito que mi información de salud protegida (PHI) del [Proveedor de servicios de salud] _____

Sea revelado a:

Abraham Aviles-Scott, LMFT
PO Box 372
Concord, CA 94522
aavilesscott@gmail.com
925-255-7704

Información para ser Utilizada o Divulgada.

Autorizo que se divulgue la siguiente PHI de mis registros médicos.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registro Completo | <input type="checkbox"/> Progreso del tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Resultado de la prueba |
| <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento u objetivos | <input type="checkbox"/> Pronóstico |
| <input type="checkbox"/> Otro (Especificar): _____ | |

Cubriendo el periodo de atención médica desde: _____ a _____

Formato de Divulgación

- Papel/Copia Impresa (a través del correo de E.U.)
- Electrónico (Por correo electrónico)

Propósito de Divulgación

- Mayor cuidado de la salud mental
- A petición del individuo
- Otro (especificar): _____



Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

- Las solicitudes de copias de registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción según lo autorizado por la ley estatal / federal.
- Tengo derecho a **REVOCAR** esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse o enviarse por correo a:

Abraham Aviles-Scott, PO Box 372, Concord, CA 94522

- La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.
- A menos que se revoque de otra manera, esta autorización **EXPIRA** en la siguiente fecha / evento / condición:

Si no especifico una fecha / evento / condición de vencimiento, esta autorización vencerá un (1) año después de la fecha de la firma.

- Es posible que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no estén condicionados a que yo firme esta autorización.
- Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada. Una copia o fax de esta autorización es tan válida como el original.

Nombre Impreso: _____

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____

Relación con el Paciente (Si es aplicable): _____

Fecha: _____