



## Autorización para divulgar información

Nombre: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Autorizo que se divulguen copias de mis registros médicos como se indica a continuación:**

LIBERAR REGISTROS DE:	ENVIAR REGISTROS A: PCC MEDICAL HOLDINGS
<b>Oficina del Doctor:</b>	PCC Location:
Dirección:	Dirección:
Ciudad:                      Estado:      Código postal:	Ciudad:                      Estado:      Código postal:
Número de teléfono:	Número de teléfono:
Fax:	Fax:

**A.)** Autorizo la divulgación de información para:

\_\_\_\_\_ Atención médica (*médicos, etc.*)    \_\_\_\_\_ Uso personal    \_\_\_\_\_ Otros: (*Abogado, Insurance, Empleador, etc.*)

**B.)** Autorizo la divulgación de mi (*consulte la sección C, si corresponde*)    \_\_\_\_\_ Registro médico completo

**-O-**

Los registros médicos para el tratamiento específico: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

**C.)** Autorizo la liberación de las siguientes partes de mi expediente médico:

*(inicial al lado de cada área que se incluirá en la liberación)*

\_\_\_\_\_ Salud mental    \_\_\_\_\_ Abuso de sustancias    \_\_\_\_\_ VIH/SIDA    \_\_\_\_\_ Enfermedades transmisibles

Entiendo que esta autorización estará vigente durante 180 días a partir de la fecha de firma. Sin embargo, entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento dando aviso oral o escrito al consultorio médico. Una fotocopia de esta autorización constituirá una autorización válida. Entiendo que una vez que mis registros han sido publicados, el consultorio médico no puede recuperarlos y no tiene control sobre el uso de las copias ya liberadas.

Si mi caso requiere la revisión de una agencia gubernamental u otro profesional médico que participe activamente in mi cuidado para tomar una determinación final, es con mi consentimiento que se enviará una copia de estos registros a la agencia o profesional médico para su revisión.

\_\_\_\_\_  
Paciente/representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AVISO:** La información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad ha sido protegida por la ley federal y estatal. Se le prohíbe hacer más divulgaciones de dicha información sin el consentimiento específico de la persona a la que pertenece dicha información o según lo permita la ley estatal. Una autorización general NO es suficiente para este propósito.