



## Autorización para Divulgar y Obtener Información Dental y/o Médica

*Authorization for Release of Medical and/or Dental Records*

Autorizo la entrega de mi información médica, como es descrita a continuación:

### HACIA (TO):

### DESDE (FROM):

**Oficina Médica:** East Liberty Family Health Care Center  
**Dirección:** 7157 Mary Peck Bond Place  
**Ciudad:** Pittsburgh **Estado:** PA **Cód. Post.:** 15206  
**Teléfono:** 412-661-2802 **Fax:** 412-661-8020

**Oficina Médica:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Cód. Post.:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Nu. de Seguro Social \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN QUE PUEDE SER DIVULGADA:

Expediente Médico  Expediente Dental  Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

Período Cubierto(s) de Salud: Desde: \_\_\_\_\_ (fecha)\*\* Hasta: \_\_\_\_\_ (fecha)\*\*

*\*\*Si las fechas no son proporcionadas, el departamento de expedientes médicos proporcionará tres años anterior a la fecha de la solicitud.*

### Con el Propósito de: (marque las que apliquen):

Continuar Servicios  Determinación de salud y pagos  Uso Personal  Razones Legales  
 Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

Entiendo que mis expedientes de salud, con relación a enfermedades infecciosas, uso de drogas - alcohol y salud mental pueden ser parte de la documentación general. Tales como, pero no limitadas a historia y físicos y documentación de citas, lo que sería divulgado también.

Documentos separados, pertenecientes a cuidados de especialistas internos o externos relacionados con lo siguiente, **NO SERÁ DIVULGADO**, a menos que yo o mi representante legal lo autorice como es indicado más abajo:

VIIH \_\_\_\_\_ Drogas/Alcohol \_\_\_\_\_ Salud Mental /Cuidado Siquiátrico \_\_\_\_\_

### Entiendo que:

- Los expedientes divulgados bajo esta autorización, podrían ser divulgados nuevamente por la entidad que los recibe. Por lo tanto si East Liberty Family Health Care Center ha divulgado estos expedientes; **1.** No es responsable de la re-divulgación. y **2.** Que tal información no continuará estando protegida por la Regla de Privacidad.
- Esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento. Excepto y en la extensión de que esta acción se ha tomado basada en esta autorización.
- Mi decisión de revocar esta autorización, no aplica a otras autorizaciones de divulgación que se han realizado antes de tal fecha de revocación.
- A menos que se revoque lo contrario, esta autorización vencerá en noventa (90) días.
- Tengo derecho a una copia de este formulario completo.
- No se me negará tratamiento en East Liberty Family Health Care Center si me niego a firmar este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si el paciente indicado anteriormente es un menor de edad o no puede firmar y usted es el padre, guardián legal, o representante personal, firmar en representación de este paciente. Por favor firme arriba y complete lo que sigue a continuación:

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Office use only:**  Patient received copy of release form  Patient refused copy of release form  
**Date Reviewed:** \_\_\_\_\_