

## Formulario de Autorización para el Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida

Fecha de Vigencia: 13/11/2024

Autorización para el Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida

(De acuerdo con la Ley 19.628 sobre Protección de la Vida Privada)

### 1. Autorización:

Por la presente, autorizo al Centro de Salud Familiar Arauco a utilizar y divulgar la información de salud protegida descrita a continuación a la entidad denominada Hospital Dr. Gustavo Fricke.

### 2. Período de Vigencia:

Esta autorización cubre el período de atención médica comprendido entre el 01/01/2024 y el 31/12/2024.

### 3. Alcance de la Autorización:

Autorizo la divulgación de mi historial médico completo, incluyendo registros relacionados con:

- Salud mental
- Enfermedades transmisibles (incluyendo VIH/SIDA)
- Tratamiento por abuso de alcohol o drogas

Sin embargo, excluyo expresamente la divulgación de información sobre los siguientes aspectos:

- Registros de salud mental
- Enfermedades transmisibles (incluyendo VIH/SIDA)
- Tratamiento por abuso de alcohol o drogas

### 4. Finalidad:

La información médica puede ser utilizada por la entidad autorizada exclusivamente para fines relacionados con el tratamiento médico, consultas, facturación, pagos, u otros propósitos explícitamente indicados.

### 5. Vigencia y Expiración:

Esta autorización será válida hasta el 31/12/2024, fecha en la que expirará automáticamente.

### 6. Derecho a Revocar:

Soy consciente de que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito. Sin embargo, entiendo que dicha revocación no tendrá efecto sobre acciones previamente realizadas en virtud de esta autorización.

### 7. Condicionalidad:

## Formulario de Autorizacion para el Uso o Divulgacion de Informacion de Salud Protegida

Entiendo que mi acceso a tratamientos médicos, pagos, inscripción o beneficios no está condicionado

a la firma de esta autorización.

### 8. Divulgación Subsecuente:

Reconozco que la información divulgada bajo esta autorización podría ser compartida nuevamente por el receptor,

en cuyo caso podría no estar protegida por la Ley 19.628 ni otras normativas aplicables.

Firma del Paciente (o Representante Legal): \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: María Díaz

Fecha: 13/11/2024

*Firma del Paciente: María Díaz*