



AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por la presente autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud protegida, que me identifica como individuo, tal como se describe a continuación. Comprendo que esta autorización es voluntaria. Comprendo que, si la organización autorizada a recibir la información no es un proveedor de planes de salud o de atención médica, la información divulgada podría dejar de estar protegida por las normas federales de privacidad.

Información del paciente (en letra de imprenta):

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____
(Street Address) (City) (State) (ZIP)

Número de teléfono: _____

Autorizo a (proveedor que divulga la información):

Nombre del proveedor o instalación _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Número de teléfono _____

A divulgar a (quien recibe la información):

Quien recibe los expedientes _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Número de teléfono _____

Finalidad de la solicitud de expedientes::

Atención continua Derivación de atención Solicitud del paciente Otra (especifique): _____

Cobertura del periodo o los periodos de atención médica: De: _____ A: _____

Seleccione de entre las siguientes opciones la información que debe divulgarse (marque todos los casilleros que correspondan):

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Resumen de la historia clínica (último año de citas médicas y procedimientos, resultados de laboratorio y resultados de diagnóstico) | <input type="checkbox"/> Informes de operaciones/procedimientos |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica completa (toda la historia clínica disponible para las fechas arriba indicadas) | <input type="checkbox"/> Informes de consulta |
| <input type="checkbox"/> Registro de vacunación | <input type="checkbox"/> Informe cardiológico o electrocardiograma |
| <input type="checkbox"/> Gráficos de crecimiento | <input type="checkbox"/> Extractos de facturación desglosados |
| <input type="checkbox"/> Citas médicas | <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | |
| <input type="checkbox"/> Informes de diagnóstico por imagen | |
| <input type="checkbox"/> Fotografías, cintas de vídeo, imágenes digitales u otro tipo de imágenes | |

Quien suscribe autoriza a que se incluya la siguiente información. (Véase la guía de referencia al final de la página 2) Seleccione:

- Atención o servicios de salud mental Tratamiento por consumo de alcohol o drogas
 SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o infección por el VIH (Virus de inmunodeficiencia humana)
 Servicios de reproducción



Al firmar el presente formulario, el Paciente o su Representante Legal declara haber leído y aceptado los siguientes enunciados:

1. Comprendo que, a menos que sea revocada con anterioridad, la presente autorización caduca el /20 o si _____.
(Si no se designa una fecha de caducidad, esta autorización vencerá en 90 días a partir de la fecha de la firma).
2. Comprendo que puedo revocar la presente Autorización en cualquier momento notificando a Advocare, LLC por escrito, pero, si lo hago, mi revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción que Advocare, LLC haya tomado en base a la presente Autorización antes de recibir mi revocación.
3. Comprendo que Advocare, LLC no puede obligarme a firmar esta Autorización como condición para recibir tratamiento de Advocare, LLC:
 - i. Cuando Advocare, LLC me brinde tratamiento relacionado con la investigación; o
 - ii. Cuando Advocare, LLC me brinde atención médica con el único propósito de crear información de salud protegida para divulgarla a otra persona.
4. Comprendo y acepto que, por ley, disponen de 30 días para atender mi solicitud.

Advocare, LLC, sus proveedores, empleados, miembros y representantes quedarán eximidos por la presente de toda responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en el presente documento.

(El formulario DEBE completarse antes de firmar)

Firma del Paciente o su Representante Legal: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Con fecha de: _____

Si lo firma el Representante Legal, indique su parentesco con el paciente: _____

Nota: Si usted es el Tutor Legal del Paciente y no uno de sus padres, o si usted es el Apoderado Legal del Paciente, deberá adjuntar a la presente autorización una copia del documento legal donde le confieren tal poder.

Guía de referencia	
Atención o servicios de salud mental	Información psiquiátrica o psicológica, incluido cualquier tratamiento psiquiátrico o psicológico administrado por mi proveedor.
Tratamiento por consumo de alcohol o drogas	Información sobre drogas o alcohol, incluido cualquier tratamiento o pruebas de drogas o alcohol ordenados por mi proveedor.
SIDA o infección por VIH	Información relacionada con el SIDA o el VIH, incluido cualquier tratamiento o pruebas relacionados con el SIDA o el VIH ordenados o por mi proveedor.
Servicios de reproducción	Todos los servicios médicos, quirúrgicos, de asesoramiento o de derivación relacionados con el sistema reproductivo humano, incluidos, entre otros, los servicios relacionados con el embarazo, la anticoncepción o la interrupción del embarazo. (Ley de Reproducción P.L.2022, c.51)

01.2024