



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE CRESCENTCARE

### Información del paciente:

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

**Destinatario de la información:** Autorizo la divulgación de mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI) de CrescentCare A:

\_\_\_\_ **Mí mismo a través de (marque una opción):** \_\_\_\_ Portal del paciente \_\_\_\_ Correo electrónico cifrado \_\_\_\_ Recogida

**O a:**

Nombre/Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Información que debe divulgarse (marque todo lo que corresponda):

☐ Historia clínica completa ☐ Resultados de laboratorio/patología ☐ Historial dental ☐ Otro (Especifique): \_\_\_\_\_  
☐ Registro de vacunación ☐ Notas de la consulta ☐ Informes de diagnóstico \_\_\_\_\_

**Lo siguiente requiere autorización específica del paciente según la ley de Luisiana y/o la ley federal. Coloque sus iniciales para divulgar:**

\_\_\_\_ Registros de salud conductual \_\_\_\_ Registros de trastornos por consumo de sustancias \_\_\_\_ Pruebas y tratamiento del VIH/SIDA

### Propósito de la divulgación:

☐ Continuidad de la atención ☐ Seguro ☐ Escuela/Trabajo  
\_\_\_\_ Ya no soy paciente/ ☐ Legal ☐ Otro: \_\_\_\_\_  
cliente de CrescentCare ☐ Uso personal

**Vencimiento de la autorización:** esta autorización expirará en 1 año, a menos que se indique lo contrario a continuación:

Fecha (no mayor a 12 meses) o evento: \_\_\_\_\_

### Derechos y reconocimientos del paciente:

- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento enviando una carta firmada a CrescentCare, excepto que la divulgación ya haya ocurrido.
- Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a la firma de esta autorización.
- Entiendo que una vez que se divulga mi información, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que ya no esté protegida por la HIPAA.
- Entiendo que si esta autorización incluye información confidencial (p. ej., salud mental, VIH/SIDA, consumo de drogas/alcohol), solo se divulgará si se autoriza específicamente arriba.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si firma alguien que no sea el paciente, indique la facultad para hacerlo: ☐ Padre/madre del menor ☐ Tutor legal ☐ Poder legal ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_