



Autorización para el uso y la divulgación de información de salud protegida

Por medio de la presente autorizo a Premier Urology, PLLC a divulgar información de mis registros a:

Nombre: _____

Domicilio: _____
Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

El propósito o la necesidad de esta divulgación de información es: _____

La información específica que se divulgará es:

☐ Notas del expediente del médico

☐ Notas quirúrgicas

☐ Reportes de tomografía y rayos X

☐ Registros relacionados con urología

☐ Reporte de ultrasonido

☐ Registros financieros

☐ Reportes de patología

☐ Tomografía (CT)

☐ Otro _____

Información que no puede divulgarse: _____

Nota: fechas especiales de interés: _____ a _____

Entiendo que esta autorización puede ser revocada por mí por escrito en cualquier momento, excepto en aquellas circunstancias en las que Premier Urology, PLLC o su personal ya hayan actuado con base en ella.

Entiendo que se requiere mi consentimiento expreso para divulgar cualquier información de atención médica relacionada con pruebas, diagnóstico y/o tratamiento de VIH (virus del SIDA), enfermedades de transmisión sexual, trastornos psiquiátricos o salud mental, o consumo de drogas o alcohol. Si me han realizado pruebas, diagnosticado o tratado por VIH (virus del SIDA), enfermedades de transmisión sexual, trastornos psiquiátricos o salud mental, o consumo de drogas o alcohol, se autoriza específicamente la divulgación de toda la información de atención médica relacionada con dicho diagnóstico, pruebas o tratamiento.

Al firmar a continuación, autorizo a Premier Urology, PLLC a usar o divulgar información sobre mí que está protegida por la ley federal, únicamente para el propósito y el periodo de tiempo indicados. Entiendo que la información médica protegida utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a re-divulgación por parte del destinatario de esta divulgación y podría dejar de estar protegida por la ley federal.

La autorización debe estar firmada por el paciente, o por el representante legal del paciente.

Nombre del paciente: _____ NSS#: _____

Domicilio: _____ Fecha de nacimiento: _____

Entiendo que esta autorización vencerá un año después de la fecha de firma, salvo que se indique lo contrario:

Fecha de vencimiento

Firma o representante personal

Fecha

Como representante personal, tengo autoridad para actuar en nombre de la persona porque soy: _____

Testigo

Fecha