



1619 Dayton Avenue

Oficina únicamente

St. Paul, MN 55104

Teléfono: 651-645-0478

Fax: 651-642-2523

Fecha en la que se envió la solicitud \_\_\_\_\_ Iniciales del personal \_\_\_\_\_

Fecha en la que se recibieron los registros \_\_\_\_\_ Iniciales del personal \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

<b>Información del paciente</b>	Apellido legal: _____ Nombre: _____ Nombre preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____ # de SS: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____
<b>Nombre de clínica/hospital proveedor de atención</b> <i>(Quién tiene la información que desea divulgar? Por favor indique la clínica o proveedor específico)</i>	Nombre del proveedor: _____ Nombre de la clínica u hospital: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
<b>Parte que recibirá la información</b> <i>(A dónde quiere que se envíe la información? ¿Quién puede tener acceso a la información?)</i>	Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
<b>Información que se publicará</b> <i>(¿Qué desea que se envíe divulgue? Marque la casilla correspondiente)</i>	Indique las fechas del servicio: _____ <input type="checkbox"/> Notas de una consulta <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Todo tipo de registros <u>Solo registros de los tipos marcados aquí:</u> <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio <input type="checkbox"/> Registros de emergencia <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos <input type="checkbox"/> Registros de vacunación <input type="checkbox"/> Permiso que se aborde la información de salud protegida (no es necesario ningún registro a menos que se indique arriba) <input type="checkbox"/> Atención relacionada con hormonas <input type="checkbox"/> Resultados de ITS <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou / colposcopia / patología <input type="checkbox"/> Reportes de imagen médica <input type="checkbox"/> Registros de farmacodependencia _____ (iniciales) <input type="checkbox"/> Registros de salud mental _____ (iniciales) <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de VIH _____ (iniciales)
<b>Instrucciones de divulgación</b>	Fecha en que se necesita la información: _____

**Propósito de la divulgación**

Continuación de la atención

Revisión o uso personal

Reclamación/pago de seguro

Transferencia de la atención

Legal

Otro: \_\_\_\_\_

- 
- Esta autorización durará un año a partir de la fecha en la que la firme a menos que indique una fecha o vigencia distinta aquí: \_\_\_\_\_
  - Esta autorización se puede cancelar por escrito en cualquier momento. La cancelación no cambiará las divulgaciones que sucedan antes de ella.
  - Las fotocopias/faxes de esta autorización se tratarán como originales.
  - Family Tree Clinic puede incluir registros que haya recibido de organizaciones. Si Family Tree Clinic ha utilizado los registros y se encuentran en el expediente sobre usted que Family Tree Clinic conserva, dichos registros podrían divulgarse junto con sus registros de Family Tree Clinic.
  - Family Tree Clinic no puede prevenir la re-divulgación de su información por parte de la persona u organización que reciba sus registros de conformidad con esta autorización y dicha información podría no estar cubierta por las protecciones a la privacidad a nivel federal y estatal una vez que se divulgue. Al firmar esta autorización, exime a Family Tree Clinic de cualquier responsabilidad que resulte de una segunda divulgación por parte del receptor.
  - Su firma indica que ha leído y comprende este formulario y que autoriza la divulgación de su información según lo descrito previamente.
- 

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente/tutor legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de hoy**

***Nota: por favor considere un lapso de 7 a  
10 días para su procesamiento***