

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN DE SALUD
PROTEGIDA**

Tulane University Medical Group debe obtener una autorización por escrito del paciente o de su Representante personal antes de divulgar información de salud protegida, a menos que se aplique una excepción legal. Este formulario debe llenarse completamente para ser válido. Se podrá cobrar un cargo de copia y manejo razonable por esta solicitud de conformidad con La. R.S. 40:1165.1.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL RECIPIENTE			
Por la presente, autorizo a Tulane University Medical Group a divulgar información de salud protegida sobre el paciente que se detalla a continuación.			
LOS REGISTROS DE: <i>(Información del paciente)</i>		ENTREGAR A: <i>(Información del recipiente)</i>	
Nombre: _____		Nombre: _____	
Fecha de nacimiento (MM-DD-AAAA): _____		Dirección: _____	
Dirección: _____		Teléfono: _____	
Teléfono: _____		Fax: _____	
PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN			
<input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Seguro			
PERÍODOS DE TRATAMIENTO ESPECÍFICOS			
Fecha o período de tratamiento específico para el que se solicita la información:			
<input type="checkbox"/> Fecha de tratamiento único de _____. <input type="checkbox"/> Periodo de tratamiento de _____ a _____. <input type="checkbox"/> Todos y cada uno de los encuentros de tratamiento hasta la fecha.			
DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN A UTILIZAR O DIVULGAR			
Descripción específica de la información que se utilizará o divulgará. <i>(Tache solo los que correspondan o seleccione Todos los registros).</i>			
Registros médicos <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Órdenes del médico <input type="checkbox"/> Registros de facturación <input type="checkbox"/> Notas de enfermeras <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Registros de vacunación Otros registros médicos: (Por favor describa) _____ _____ _____	Registros de salud mental <input type="checkbox"/> Registros de salud mental <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia *Este es el único artículo que usted puede solicitar en esta autorización. Usted debe enviar otra autorización para otros artículos solicitados.	Todos los registros <input type="checkbox"/> Tratamiento de salud y Registros de facturación
Por la presente, doy mi consentimiento para divulgar los resultados de mi prueba de VIH: ____ (Iniciales) Tengo derecho a negarme a divulgar los resultados de mi prueba de VIH, excepto cuando la divulgación esté autorizada por ley sin mi consentimiento.			
Entiendo que:			
1. Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria. 2. Si no firmo este formulario, mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados. 3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. 4. Si el recipiente no es un proveedor de atención médica, es posible que la información ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad. 5. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario por una tarifa de copia razonable. 6. Me corresponde una copia de este formulario una vez firmado.			
FIRMAS		OFFICE USE ONLY	
He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la Información de salud protegida según lo indicado.		RECEIVED DATE: _____	ATTEMPTED TO CONTACT PATIENT DATES: _____
Firma del paciente/Representante personal:	Fecha: _____	TIME: _____	LEFT MSG: 1. _____ Y / N 2. _____ Y / N 3. _____ Y / N
Nombre en letra de molde del Representante personal del paciente <i>(Se debe adjuntar el documento de autoridad):</i>	Relación con el paciente	<input type="checkbox"/> Faxed <input type="checkbox"/> Mailed <input type="checkbox"/> General Counsel <input type="checkbox"/> No record found/Letter Sent INITIALS SEND DATE: _____	