

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el abajo firmante, autorizo:

Nombre del médico/centro médico: _____

DIRECCIÓN: _____

Código postal: _____

Para divulgar información de los récords de:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Número de Seguro Social del Paciente: _____

Información autorizada a ser divulgada:

Todos y cada uno de los récords médicos e imágenes de radiografía

Todos y cada uno de los registros de otros proveedores

Otro: _____

Información que se divulgará a:

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ABOGADO

Branford Settlement Administrator
c/o JND Legal Administration
PO Box 91429
Seattle, WA 98111

en nombre de

Propósito de la divulgación: Litigio

Entendimientos:

1. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento. Con la excepción y en la medida en que la divulgación de información ya haya ocurrido antes de la recepción de la revocación por parte del proveedor antes mencionado. Si no se recibe la revocación por escrito, la autorización se considerará válida por un período de tiempo que no excederá los tres (3) años a partir de la fecha de la firma. Para iniciar la revocación de esta autorización, dirija toda la correspondencia a: _____.
2. Entiendo que este consentimiento debe incluir la divulgación de: **(POR FAVOR, INICIALÉ EN CADA ESPACIO)**
 Registros de abuso de alcohol y/o drogas Registros psiquiátricos

 Información sobre enfermedades de transmisión sexual Información sobre VIH/SIDA
3. **Entiendo que una fotocopia de esta autorización se considerará válida como el original.**
4. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad.

FIRMA: _____

Paciente o representante personal/legal (el familiar más cercano o el tutor legal debe firmar solo si el paciente es menor de edad, legalmente incompetente o fallecido).

NOMBRE EN LETRAS DE MOLDE: _____

FECHA: _____

Relación con el paciente del representante personal/legal que firma: _____