



AUTORIZACIÓN PARA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Sección A: Debe ser completada para todas las autorizaciones:

Por la presente autorizo el uso o revelación de mi individualmente e identificable información de salud que se describe a continuación. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria. Yo entiendo que si la organización autorizada para recibir información no es un plan de salud o un proveedor de cuidado de la salud; la información liberada podría ya no ser protegida por regulaciones de privacidad federales.

Nombre del Paciente: Fecha de nacimiento del Paciente

Personas/organización proporcionando la información: Personas/organización recibiendo la información:

Descripción específica de la información (incluidas las fechas):

Sección B: Debe de ser completada SOLAMENTE si un plan de salud o un proveedor de cuidado de salud a solicitado la autorización:

- 1. El plan de salud o el proveedor de cuidado de salud debe completar lo siguiente:
a. Cúal es el proposito de uso de este?
b. El plan de salud o el proveedor de cuidado de salud solicitando la autorización recibirá compensación financiera ó alguna especie de compensación a cambio por el uso o revelación de la información de salud que se describe anteriormente?
2. El paciente o el representante de el paciente debe leer y poner sus iniciales a la siguiente declaración:
a. Yo entiendo que mi cuidado de salud y el pago por mi cuidado de salud no sera afectado si no firmo esta forma
b. Yo entiendo que puedo observar y copiar la información descrita en esta forma si yo pregunto por ello, y que voy a obtener una copia de esta forma después de firmar.

Sección C: Debe ser completada para todas las autorizaciones:

El paciente o el representante de el paciente debe leer y poner sus iniciales en la siguiente declaración:

- 1. Yo entiendo que esta autorización expira en (DD/MM/YYYY)
2. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando una notificación por escrito al la organización proveedora, pero si lo hago no tendra efecto en las acciones realizadas antes de recibir la revocación.

Firma del paciente ó representante del paciente Fecha
(La forma debe ser completada antes de firmar)

Nombre impreso de el representante de el paciente: Relación con el paciente:

USTED SE PUEDE REHUZAR A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN

No se debera usar esta forma para liberar información para tratamiento o pago, a excepción cuando la información liberada son notas de psicoterapia o información de investigación .

OFFICE USE ONLY:

ROI FEE
ROI PAYMENT SUPERVISOR/MANAGER: DATE: