

### SECCIÓN A: ¿Quién solicita autorización?

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre(s) anterior(es), si corresponde  
**XXX-XX-** \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (solo los últimos 4 dígitos) \_\_\_\_\_

Código de área y número de teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (Mes/ Día/ Año) \_\_\_\_\_

### SECCIÓN B: ¿Quién proporcionará esta información? (Entidad de ECU Health, dirección y teléfono)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### SECCIÓN C: ¿Quién recibirá esta información?

Nombre/Dpto.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN D: ¿Cómo se enviará/recibirá el consentimiento?

- Enviar a la dirección de la Sección C       Recoger
- MyChart. Si le ha dado acceso como apoderado a MyChart a otros, su(s) apoderado(s) no podrán ver la información a menos que usted apunte los nombres de los apoderados que desea que puedan verla:  
\_\_\_\_\_
- Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_
- Se han comunicado los riesgos relacionados con la transmisión electrónica de Información Médica Protegida.**

### SECCIÓN E: Describir el motivo de la solicitud.

- Abogado/Legal                       Atención continua
- Uso personal                          Seguro
- Otro: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN F: Describir la Información Protegida sobre Salud específica a ser utilizada o divulgada, incluyendo la(s) fecha(s):

- Notas de psicoterapia para la(s) fecha(s) \_\_\_\_\_ **Si la casilla está marcada, se debe completar un formulario de autorización aparte para poder autorizar la divulgación de cualquier otro tipo de información protegida sobre salud (PHI, por sus siglas en inglés).**
- Totalidad del expediente de tratamiento      Fecha(s): \_\_\_\_\_
- Estados de cuentas                                      Fecha(s): \_\_\_\_\_
- Informes de laboratorio                                Fecha(s): \_\_\_\_\_
- Imágenes de diagnóstico (rayos X, etc.)          Fecha(s): \_\_\_\_\_
- Otro (describir): \_\_\_\_\_                              Fecha(s): \_\_\_\_\_

### SECCIÓN G: Al firmar a continuación afirmo mi entendimiento que:

- Esta autorización es voluntaria. El tratamiento o pago no será afectado si no firmo este formulario, excepto según lo disponga la ley.
- Esta es una autorización plena que incluye información relacionada con el VIH/SIDA, la atención psiquiátrica y/o la evaluación psicológica, y el tratamiento del abuso de alcohol y/o drogas (de conformidad con 42 CFR Parte 2).
- La información puede ser nuevamente divulgada por parte del destinatario, en cuyo caso puede dejar de estar protegida por las leyes federales y estatales de protección de la privacidad.
- Puedo revocar mi autorización en cualquier momento notificando por escrito a la entidad indicada en la Sección B, pero si revoco esta autorización no tendrá ningún efecto sobre cualesquier acciones que la entidad pueda haber tomado antes de recibir la revocación.

### SECCIÓN H: Expiración y revocación

Esta autorización se vence (seleccione uno):  (Escriba la fecha que Ud. desea establecer): \_\_\_\_\_ **O**  (Escriba el evento o la fecha): \_\_\_\_\_

### SECCIÓN I: Firma

**Por medio del presente autorizo el uso o la divulgación de la Información Protegida sobre Salud (PHI, por sus siglas en inglés) según se describió anteriormente.**

Firma del paciente **O** representante personal del paciente \_\_\_\_\_

Fecha (Mes/ Día/ Año) \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_

Signature of individual releasing requested PHI (Firma de la persona que divulga la PHI solicitada)

Print Name of individual releasing PHI (Nombre en letra de molde de la persona que divulga PHI solicitada)

### SECCIÓN J: Si la Sección I está firmada por un Representante Personal, favor de completar la información a continuación:

Nombre del representante en letra de molde: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que verifica la autoridad del representante: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde de la persona que verifica la autoridad del representante: \_\_\_\_\_



3195/EH-051