



**Autorización para divulgar/obtener registros medicos**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_ MRN #: \_\_\_\_\_

**Por la presente autorizo la divulgación y/o solicitud de mis registros médicos como se describe a continuación:**

1. Proveedor/centro que divulga registros médicos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ # de fax: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

2. Proveedor/centro que recibe los registros médicos (si corresponde): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ # de fax: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

3. **Fechas solicitadas:** \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

4. **Registros específicos que se deben divulgar/obtener:**

- |                                                      |                                                   |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Todos los registros médicos | <input type="checkbox"/> Registros de terapia ABA |
| <input type="checkbox"/> Notas de visitas médicas    | <input type="checkbox"/> Registros Psicológicos   |
| <input type="checkbox"/> Registros de terapia        | <input type="checkbox"/> IEP                      |
| <input type="checkbox"/> Terapia del habla           | <input type="checkbox"/> Laboratorios             |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional         |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Terapia Física              |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Terapia de alimentación     |                                                   |

5. **Objeto de la solicitud:**

- Continuación de la atención    Facturación/Seguro    SSA/Discapacidad    Procedimientos legales    Otro (especificar)

**Entiendo que:**

1. Puedo negarme a firmar esta autorización y ello es estrictamente voluntario.
2. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no podrán estar condicionados a la firma de este formulario.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre ninguna acción tomada antes de recibir la revocación.
4. Si el destinatario no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las normas federales de privacidad y pueda volver a divulgarse.
5. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por una tarifa de copia razonable, si la solicito.
6. Recibo una copia de este formulario después de firmarlo.
7. Esta autorización es válida por un año.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y fecha de nacimiento del paciente**