

Paciente	Fecha de Nacimiento:	Número de Registro Médico
Dirección del Paciente:	Ciudad:	CódigoPostal:

Médico/Facilidad/Escuela:	Otro:
Dirección:	Dirección:
Ciudad:	Ciudad:
Código Postal:	Código Postal:
Atención:	Atención:

☐ ATENCIÓN MÉDICA Resumen de la Admisión Resumen de la Dada de Alta Plan de Tratamiento ECG (Electrocardiograma) Radiografías más recientes, Laboratorios más recientes, Consultas, Evaluaciones de Terapia	☐ ELEGIBILIDAD PARA DISCAPACIDAD Resumen de la Admisión Resumen de la Dada de Alta Plan de Tratamiento ECG (Electrocardiograma) Radiografías, Laboratorios, Consults, Evaluaciones de Terapia	☐ (IEP por sus siglas en inglés) /Planificación de Educación Reportes de Evaluación ☐ Educación Especial/ (SPED por sus siglas en inglés) Materiales de Educación ☐ ESCUELA/DEPORTES /CAMPAMENTO Vacunación Examen físico (más reciente)	☐ ATENCION DENTAL Reporte Operativo Registro de Anestesia Hoja Dental ☐ LEGAL ☐ Certificado para la Corte ☐ Subpoena	☐ PAGO DEL SEGURO Resumen de la Admisión Resumen de la Dada de Alta Plan de Tratamiento ECG (Electrocardiograma) Radiografías más recientes, Laboratorios más recientes, Consultas, Rehabilitación Evaluaciones de Terapia	☐ Información. Adicional Seleccione abajo: ☐ Anotaciones de paciente ambulatorio ☐ Evaluaciones (Terapia) ☐ Laboratorio ☐ Pruebas Genéticas ☐ Evaluación Neuropsicológica ☐ Información Educacional ☐ OTRO:
---	---	--	--	---	--

Esta autorización será válida durante 120 días a partir de la fecha en que se firma. Entiendo que esta autorización puede ser anulada en cualquier momento mediante una notificación escrita dirigida a la institución, a no ser que ya se haya iniciado acción basada en ella. Obtener una fotocopia de esta autorización constituye una autorización válida. Entiendo que la persona que reciba esta información puede divulgar de nuevo cualquier información usada en esta autorización y que dicha información que ha sido divulgada nuevamente no esta cubierta bajo las leyes o reglas de privacidad. Yo entiendo que el uso o divulgación de información es de índole voluntaria y no necesito firmar para recibir tratamiento o servicios.

☐ He leído cuidadosamente y entiendo las declaraciones descritas arriba y mediante el presente documento doy a conocer mi autorización voluntaria para que se divulgue la información protegida de salud acerca de mi condición y tratamiento a las personas/agencias nombradas, la cual puede incluir **Archivos Psiquiátricos, (por ejemplo; Evaluación Neuropsicológica, Servicios de Terapia de la Conducta, Servicio Social)**, siempre y cuando la divulgación de tal información se haga de acuerdo a la ley correspondiente.

☐ He leído cuidadosamente y entiendo las declaraciones descritas arriba y mediante el presente documento doy a conocer mi autorización voluntaria para que se divulgue la información protegida de salud acerca de mi condición y tratamiento a las personas/agencias nombradas, la cual puede incluir **Enfermedades de Transmisión Sexual (STDS, por sus siglas en inglés).**

☐ He leído cuidadosamente y entiendo las declaraciones descritas arriba y mediante el presente documento doy a conocer mi autorización voluntaria para que se divulgue la información protegida de salud acerca de mi condición y tratamiento a aquellas personas/agencias nombradas, la cual puede incluir **Información Sensitiva** (por ejemplo; prueba genética/consejería, abuso, violencia, acoso sexual).

Autorización para Divulgar Información relacionada al VIH. En la medida que mis archivos médicos contengan información relacionada a pruebas de anticuerpos y antígenos contra el VIH (HTLV-III) que están protegidos por M.C.L Cap. 111 § 70f, yo autorizo la divulgación de dicha información para el siguiente propósito:

☐ No doy consentimiento para divulgar **Información relacionada al VIH**

Sección 6: FIRMA Y FECHA:

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:

(SELECCIONE UNO)

- ☐ Paciente (si tiene 18 años o mayor/o es menor emancipado)
☐ Padre (si el paciente es menor de 18 años)

- ☐ Tutor Legal (requiere tener documentación adicional)
☐ Agente de Cuidado en la Salud (requiere tener documentación adicional)

FIRMA DEL TESTIGO Y FECHA:

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:

--