



## Autorización para Obtener/Divulgar Información

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO                      PRIMER NOMBRE                      INICIAL MEDIA                      NOMBRE DE SOLTERO U OTRO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ REGISTRO MÉDICO #: \_\_\_\_\_  
   Mes                      Día                      Año

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE DÍA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE NOCHE: \_\_\_\_\_

**Mediante la presente autorizo a Bridgeport Hospital y entidades involucradas a:**

divulgar información de mi expediente médico a:                       obtener información de:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO/FAX: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

**Por favor, agregue una hoja separada para especificar destinatarios adicionales.**

**Mande información obtenida a:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO/FAX: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA U OBTENIDA (YA SEA VERBAL O ESCRITA) del siguiente modo:

**Fechas de atención:**

Sólo para inspección \_\_\_\_\_

Sólo Imágenes (por favor especifique) \_\_\_\_\_

Copia del informe estándar (incluye, según corresponda, resúmenes de dar de alta, anotaciones quirúrgicas, resultados de radiografías y análisis de laboratorio, historial médico y revisión física). \_\_\_\_\_

Copia de otra información médica o de estados de cuenta según se especifica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN:**

<input type="checkbox"/> Cambio de médicos	<input type="checkbox"/> Consulta/segunda opinión	<input type="checkbox"/> Seguro social
<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Continuación de cuidado médico
<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____	<input type="checkbox"/> Legal (por favor especifique) _____	<input type="checkbox"/> A petición del paciente

1. Entiendo que esta autorización caducará un año después de haber yo firmado el formulario, o en el lapso de tiempo aquí especificado:  
\_\_\_\_\_
2. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la organización que provee atención, y dicha revocación entrará en efecto en la fecha de notificación, excepto en caso de que ya se haya tomado una medida basada en la autorización.
3. Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo a esta autorización puede llegar a ser divulgada de nuevo por la parte autorizada, y que puede dejar de estar protegida por las normas de privacidad.
4. Entiendo que para recibir tratamiento o para pagar por mi cuidado no tengo la obligación de firmar este formulario.
5. Entiendo que por emitir una copia de mis registros médicos se me puede cobrar una tarifa.
6. Entiendo que la información a ser divulgada u obtenida, puede incluir información sobre salud mental de acuerdo con lo estipulado en CGS 52-146(d), información sobre tratamientos de abuso de sustancias según 42 CFR 2.1-2.67 y/o información relacionada con SIDA/VIH de acuerdo con CGS 19a-585(a), excepto cuando de indica más abajo:
 

<input type="checkbox"/> Nada sobre salud mental	<input type="checkbox"/> Nada sobre el tratamiento para el abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Nada sobre el VIH/SIDA
--	--	---

**SÓLO PARA USO DE LA OFICINA**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente                      \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprima su nombre

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/representante/persona autorizada                      \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente