

**AUTHORIZATION FOR RELEASE AND / OR DISCLOSURE OF MEDICAL INFORMATION**

**AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN  
 Y/O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

IMPRINT KAISER PERMANENTE ID CARD HERE

La decisión de dar o no mi autorización no afectará el tratamiento que recibo, los pagos que debo realizar, mi inscripción ni mi posibilidad de reunir los requisitos para obtener beneficios.

Por favor **SOLICITAR** información médica A:

Por favor **ENVIAR** la información médica A:

Nombre del proveedor de atención médica

Nombre de la persona o entidad que recibirá la información

Nombre del consultorio u hospital

Título (médico, terapeuta, abogado)

Dirección

Dirección

Ciudad, estado y código postal

Ciudad, estado y código postal

Por medio de la presente, autorizo a \_\_\_\_\_ a revelar y/o divulgar información médica según se indica a continuación al proveedor de atención médica, entidad o persona que menciono arriba. Debe revelarse y/o divulgarse información y registros médicos de:

Nombre del paciente (escribir todos los nombres usados)

Número de historia clínica

Fecha de nacimiento

Domicilio

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

**DURACIÓN:** Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y será válida hasta el \_\_\_\_\_ (escriba la fecha) o por un año a partir de la fecha en que firma, si no indica aquí una fecha.

**REVOCACIÓN:** Quien firma al pie tiene el derecho a revocar por escrito esta autorización cuando lo desee antes de que se revele la información. Esta revocación por escrito no afectará ninguna medida tomada de conformidad con esta autorización antes de recibida la revocación.

**NUEVA DIVULGACIÓN:** Entiendo que quien solicita la información no podrá utilizarla ni divulgarla legalmente a menos que obtenga una nueva autorización de mi parte o bien la divulgación sea específicamente requerida o contemplada por la ley. Sin embargo, una vez que su información se divulga fuera de Kaiser Permanente, ésta ya no estará protegida.

**INDICAR QUÉ REGISTROS DEBEN REVELARSE Y / O DIVULGARSE:** Marque la casilla que corresponda y escriba sus iniciales para indicar qué tipo de información debe revelarse y/o divulgarse:

Información médica general (del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_). Los registros médicos generales pueden incluir referencias a tratamiento de salud mental, si así lo indica mi proveedor, pero no los registros de salud mental propiamente dichos, a menos que se soliciten específicamente abajo.

Información sobre tratamientos o lesiones específicos (del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_)

Radiología (marque una o ambas casillas):  Radiografías  Reportes

Resultados de laboratorio (del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_)

Salud mental (del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_)

Firma del paciente o de su representante

Fecha

Alcoholismo/drogadicción (del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_)

Firma del paciente o de su representante

Fecha

Resultados de pruebas de VIH (del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_)

Firma del paciente o de su representante

Fecha

Otros (especificar): \_\_\_\_\_

Solicito que la información médica revelada y/o divulgada conforme a esta autorización se utilice sólo para los siguientes propósitos: \_\_\_\_\_

Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original. Tengo derecho a obtener una copia de esta autorización. La copia es para mis registros.

Fecha

Firma del paciente o de su representante

Indicar la relación o parentesco  
(Si firma otra persona que no sea el paciente)