



Autorización General para Revelar Información Protegida sobre la Salud

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento-____/____/____

Yo _____ (nombre del individuo o del representante personal)

autorizo el uso de o el que sea revelada la Información Protegida sobre la Salud del individuo arriba mencionado.

Información a:

Nombre de la organización o persona: _____

Dirección: _____

El (los) propósito(s) para los cuales se autoriza sea revelada la información:

- para los expedientes personales del paciente
- compartir la información con otros proveedores de cuidados a la salud
- otro (por favor descríballo): _____

Yo autorizo el uso de o el que sea revelada la siguiente información

Marque el recuadro correspondiente según sea aplicable:

- Solamente** Registro Dental Impreso (incluyendo el historial médico, notas sobre citas médicas, resultados de laboratorio, etc.)
- Solamente** Radiografías (Rayos X)
 - ___ impresas en papel de calidad para diagnóstico
 - ___ copiadas a un CD
- Tanto** Registros Dentales Impresos y Radiografías
 - ___ impresas en papel de calidad para diagnóstico
 - ___ copiados a un CD

Si solamente necesita registros de una fecha/cita en particular, por favor indique la fecha abajo:

Entiendo que mi registro de salud puede incluir, y autorizo sea revelada la (marque todas las que apliquen):

- Información relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) incluyendo pero sin estar limitado a los resultados de exámenes sobre ello y al hecho de que un examen fue realizado.
- Información sobre enfermedades de transmisión sexual.

