

Autorización del paciente limitada para la divulgación de Información Médica Protegida (PHI)

Por favor imprima toda la información, luego firme y escriba la fecha en el formulario. ¡Gracias!

NOMBRE del paciente:	Número de Seguro Social (SSN):	Fecha de nacimiento (DOB):
----------------------	--------------------------------	----------------------------

Período de vigencia

Esta autorización para la divulgación de información cubre el **período de atención** del:

(Fecha) _____ al (Fecha) _____

Todos los periodos pasados, presentes, futuros

Quién está autorizado para recibir información:

Autorizo a Mission East Dallas a divulgar o proporcionar Información Médica Protegida (PHI) sobre mí a la siguiente persona o entidad:

NOMBRE:	Teléfono(s):	Relación:
NOMBRE:	Teléfono(s):	Relación:
NOMBRE:	Teléfono(s):	Relación:

Autorizo a Mission East Dallas a divulgar o proporcionar Información Médica Protegida (PHI) sobre mí a socios de la comunidad (como centros de detención, centros de rehabilitación, instalaciones de justicia juvenil, instalaciones de cuidado de crianza o servicios de protección infantil), que en ocasiones tengan responsabilidad legal sobre mí o mi hijo.

Información a divulgar:

Autorizo a Mission East Dallas a divulgar o proporcionar tipos de Información Médica Protegida (PHI) sobre mí a la(s) siguiente(s) persona(s) o entidad(es) identificadas anteriormente:

Historial completo

Historial completo, excepto

Historiales de Salud Mental

Información sobre enfermedades transmisibles (ETS)

Registros de facturación

Tratamiento contra abuso de alcohol y drogas

Otro: _____

Propósito de la divulgación:

La divulgación o uso de los tipos de Información Médica Protegida (PHI) señalados anteriormente es para los siguientes propósitos:

Por solicitud mía

Para analizar con mi familia el cuidado y tratamiento que recibo

Pago por un tercero, diferente del seguro médico

Otro (especificar): _____

Vencimiento de esta autorización: Esta autorización vencerá 1 año después de la fecha en que asiente su firma enseguida, a menos que especifique una terminación previa. **Usted debe presentar un nuevo formulario de autorización después de la fecha de vencimiento** para continuar la autorización. Usted tiene el derecho de terminar este formulario de autorización en cualquier momento notificándolo a Mission East Dallas **por escrito**. Por favor especifique fecha de vencimiento si es menor de 1 año: _____

Divulgación posterior: Mission East Dallas no tiene control sobre la persona o entidad que usted haya elegido para recibir su Información Médica Protegida (PHI). Por lo tanto, la Información Médica Protegida (PHI) divulgada bajo esta autorización no será protegida por los requisitos de esta Norma de Privacidad y no será responsabilidad del centro médico.

Firma del paciente

Fecha