



Colonia Office
 795 Inman Ave
 Colonia, NJ 07067
 Ph: (732) 396-0700
 Fax: (732) 396-0701

Plainfield Office
 120 W 7th St. Ste 203
 Plainfield, NJ 07060
 Ph: (908) 757-8687
 Fax: (908) 757-8685

Autorización para divulgar información médica protegida (General)

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del representante legal (si corresponde)

Relación con el paciente

Yo autorizo se divulgue **SOLO** la información que se indica a continuación:
 (escriba sus iniciales en las casillas que correspondan):

Iniciales	Información que se puede divulgar
	Todo mi registro médico que se mantiene en esta práctica médica (salvo aquella información que no se puede divulgar).
	Mi registro médico relacionado con el tratamiento o rehabilitación de drogas.
	Mi registro médico relacionado con el tratamiento o rehabilitación del alcohol.
	Mi registro médico con resultados y tratamiento de VIH/SIDA.
	Mi registro médico relacionado con enfermedades de transmisión sexual
	Mi registro médico relacionado con información genética
	Mi registro médico relacionado con mi salud mental o trastornos psicológicos Excepto las notas de psicoterapia, según la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA por sus siglas en inglés) 45 CFR 164.501. Las notas de psicoterapia requieren autorización por separado.
	Las notas de psicoterapia (es decir, notas grabadas por un profesional de la salud mental con el contenido de las conversaciones durante la sesión) como indica (HIPAA) 45 CFR 164.501. Las notas de psicoterapia requieren autorización por separado según indica (HIPAA) 45 CFR 164.508(b)(3).
	Mi registro médico relacionado con el siguiente tratamiento o condición de salud:
	Otras enfermedades:
	Mi registro médico durante esta fecha(s) [por favor especifique la fecha]:
	Mi registro médico completo (salvo aquella información que no se puede divulgar).

Entiendo que mi registro médico puede incluir información sobre enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Puede además incluir información sobre mi salud mental, derechos reproductivos, enfermedades contagiosas, pruebas genéticas, y/o el tratamiento de alcohol y las drogas. **ESTA AUTORIZACIÓN NO PERMITE LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN**, a menos que usted autorice expresamente en la casilla correspondiente y firme este documento.



Colonia Office
795 Inman Ave
Colonia, NJ 07067
Ph: (732) 396-0700
Fax: (732) 396-0701

Plainfield Office
120 W 7th St. Ste 203
Plainfield, NJ 07060
Ph: (908) 757-8687
Fax: (908) 757-8685

La información médica antes mencionada puede ser divulgada a:

Nombre (o cargo) y organización: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Esta información y autorización SOLO se puede divulgar y/o usar por las siguientes razones:

Esta autorización vence: Fecha: _____ (Si no indica una fecha, esta autorización vencerá dentro de 6 meses a partir de la fecha en que firmó este documento.)

Una **copia** de esta autorización se considerará vigente y válida cómo si fuera la original.

Derecho a revocar esta autorización:

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito. Si lo hago, la revocación entrará en efecto a futuro y no afectará las acciones que esta práctica médica haya tomado según la autorización previa a la revocación. No podré revocar esta autorización si el propósito es obtener un seguro de salud. La notificación de revocación debe incluir mi firma o la firma de mi representante legal.

Una vez que esta oficina divulgue la información médica antes mencionada, la persona u organización que la recibe puede también divulgarla nuevamente. Es posible que usted ya no quede protegido por las leyes de privacidad.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Escriba en letra imprenta su nombre si firmó por el paciente

Relación con el paciente (Padre de familia, tutor legal, apoderado, etc.)

Esta autorización fue diseñada para dar cumplimiento a las disposiciones conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés) 45 CFR partes 160 y 164.