

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/SOLICITAR INFORMACIÓN DE LA SALUD**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de registro médico
Dirección		Número de teléfono

Por el presente solicito acceso al registro de Información de Salud Protegida ("PHI", por sus siglas en inglés) desde esta fecha: \_\_\_\_\_ hasta esta fecha: \_\_\_\_\_ mantenida o creada por el proveedor indicado a continuación para el destinatario indicado a continuación.

- Notas de Progreso/Historia Clínica
- Registros de facturación
- Registro de salud completo
- Otro: \_\_\_\_\_

Entrega de los registros:

- Yo recogeré mis registros.
- Enviar mis registros al Portal del Paciente.
- Faxear mis registros al siguiente número.
- Enviar por correo copias de mis registros a la siguiente dirección.

	Registros desde	Registros hasta
Nombre		
Dirección		
Teléfono		
Fax		

Propósito de la solicitud:

- Solicitud del paciente       Referencia/Continuación atención médica
- Otro: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, declaro entender que:

- Podré revocar esta autorización en cualquier momento enviando mi revocación escrita a la dirección indicada al pie de este formulario. Mi revocación no aplicará a la información ya retenida, usada o revelada en respuesta a esta autorización. A menos que sea revocada antes, la fecha de expiración automática de esta autorización será a los doce (12) meses a partir de la fecha de la firma.
- A menos que el propósito de esta autorización sea determinar el pago de una reclamación o beneficios, AVP no condicionará la provisión de tratamiento o pago por mi atención a que yo firme esta autorización.
- La información divulgada de acuerdo con esta autorización podrá ser divulgada nuevamente por el destinatario y podrá no estar protegida bajo las regulaciones de HIPAA.

Nombre legal completo del paciente	Fecha de nacimiento
Firma del paciente/padre/madre/representante legal	Fecha

<b>***** Para uso interno: Conserve una copia de este formulario por seis (6) años.*****</b>		
La identidad del solicitante fue verificada vía:	ID c/fotografía	Firma coincidente
Registros enviados por (Nombre en letra de imprenta)	Otro (especificar): el (fecha)	