

Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida HIPAA

Yo autorizo a Cynthia Orrego, Ph.D. y a su personal administrativo a divulgar u obtener records médicos o clínicos con respecto a:

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Esta información solamente puede ser obtenida de/divulgada a (nombre, dirección y número telefónico de la persona a la cual se le divulgará, o de la cual se obtendrá la información):

Estoy pidiéndole a Dr. Cynthia Orrego que divulgue u obtenga lo siguiente:

Admisión _____	Pruebas de Diagnóstico _____	Record(s) de Anestesia _____
Sumario de Descarga _____	Laboratorio _____	Notas de Progreso _____
Records de Emergencia _____	Radiología/Imágenes _____	Órdenes del Médico _____
Historia y Físico _____	Estudios Cardíacos _____	Reportes de Patología _____
Reporte(s) de Consulta _____	Hoja Frontal _____	Otros _____
Records Operativos _____	Records de Medicinas _____	Reportes Psicológicos _____
Records Psiquiátricos _____	Record(s) Escolares _____	Reporte disciplinario Escolar _____

Esta autorización se mantendrá en efecto desde _____ a _____

Ud. tiene el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mandando su revocación a la oficina del Dr. Orrego. Sin embargo, su revocación no sera efectiva si ya actuamos basados en su autorización, o si su autorización fue para obtener cobertura de seguro y la aseguranza tiene derecho legal a impugnar una reclamación.

Yo entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad de beneficios, no serán condicionados en base a mi firma en esta autorización.

Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser sujeta a una nueva divulgación por el destinatario de su información and no estará protegida por la Regla de Privacidad HIPAA.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Relationship to Patient