



## AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Numero del Registro \_\_\_\_\_ Fecha  
de Nacimiento (día/mes/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_

Entiendo que esta información será revelada a LA FUNDACION DR RAUL GARCIA RINALDI, y a los componentes de esta, que incluye su Junta de Directores, el Comité de Ayuda a Pacientes, su Directora Ejecutiva, su personal de oficina, consultores y las personas que LA FUNDACION DR RAUL GARCIA RINALDI designe y será obtenida de:

1. Nombre \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_

3. Nombre \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

El propósito de esta revelación es:  Cuidado/Servicios Adicionales  Elegibilidad de Beneficios  Personal

Otra (especifique): \_\_\_\_\_

Entiendo que si las personas y/o las organizaciones enumeradas aquí no son proveedores de atención de salud, planes de salud o una oficina de información médica, los cuales tienen que seguir los estándares federales de privacidad, la información médica revelada como resultado de esta autorización puede que no este protegida por los estándares federales de privacidad y mi información médica puede que sea revelada mas adelante sin haber obtenido mi autorización.

Información que será revelada:  Record Completo incluyendo hojas de admission, consultas, notas de progreso, ordenes medicas, notas de enfermería, imágenes, fotografías, grabación en sonido, película o video, laboratorios, hojas de alta, entrevistas

Otra: \_\_\_\_\_

Para cumplir con las leyes aplicables, la información enumerada a continuación **no puede ser revelada a terceros sin mi autorización escrita**. Por lo tanto, yo he puesto mis iniciales (NINGUNA OTRA MARCA ES ACEPTABLE) antes de cada tipo de record que yo autorizo para que se revele.

Record de Abuso de Alcohol y/o Drogas \_\_\_\_\_

Record de exámenes del SIDA o VIH \_\_\_\_\_

Record de Tratamiento de Salud Mental \_\_\_\_\_

Record de Enfermedades Transmisibles Sexualmente \_\_\_\_\_

Información Genética \_\_\_\_\_

**Sus Derechos Con Respeto A Esta Autorización:** Derecho a Inspeccionar o Copiar Información que Será Usada o Revelada -Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar o copiar la información médica que he autorizado para que sea usada o revelada por este formulario de autorización, puedo hacer arreglos para inspeccionar mi información médica poniendome en contacto con la Directora Ejecutiva de LA FUNDACION RAUL GARCIA RINALDI al 787-725-4065. **Derecho a Recibir una Copia de Esta Autorización** – Entiendo que si estoy de acuerdo en firmar esta autorización, lo cual no se me requiere, se me tiene que proveer una copia firmada de este formulario. **Derecho a Rehusar Firmar Esta Autorización** – Entiendo que una notificación escrita es necesaria para cancelar esta autorización. Para obtener información de cómo puedo retirar mi autorización o para recibir una copia de tal retiro, puedo ponerme en contacto con la Directora Ejecutiva de LA FUNDACION RAUL GARCIA RINALDI al 787-725-4065. Estoy enterado(a) que mi retiro no será efectivo en cuanto a los usos y/o revelaciones de mi información médica que la(s) persona(s) y/o organización(es) enumeradas en este formulario ya hayan hecho en referencia a esta autorización. Por este medio relevo a la institución que revela la información autorizada en el presente documento y a **LA FUNDACION DR RAUL GARCIA RINALDI, y a los componentes de ésta, que incluye su Junta de Directores, el Comité de Ayuda a Pacientes, su Directora Ejecutiva, su personal de oficina, consultores y las personas que LA FUNDACION DR RAUL GARCIA RINALDI designe, incluyendo sus empleados y/o agentes de toda respnsabilidad y reclamos de cualquier naturaleza que tiene que ver con la revelacion legal de la información descrita aquí.**

Fecha de Vencimiento: Esta autorización es válida hasta la siguiente fecha \_\_\_\_\_ o noventa (90) días de la fecha que se firme.

**HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE REPASAR Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ESTA AUTORIZACIÓN. AL FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN CONFIRMO QUE CORRECTAMENTE AFIRMA MIS DESEOS.**

Nombre (letra de molde): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo (letra de molde): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_