



Ronald Clarke M.D., L.L.C., Jo Ann Nielsen M.D., P.C.,  
 James Resk M.D., P.C. Troy Stoeber M.D., L.L.C.,  
 Kristine Uyesugi M.D., L.L.C. Magdalenne Corso M.D., Timofey Galuza PsyD

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD  
 PROTEGIDA LE PEDIMOS QUE USTED ENVÍE LOS REGISTROS POR CORREO SI EL  
 NÚMERO DE PÁGINAS SUPERA DIEZ**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

❖ Yo autorizo la divulgación de la información médica: (Se requiere el nombre completo y dirección.)

To: \_\_\_\_\_ From: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

❖ Esta autorización corresponde a la información siguiente marcada con iniciales:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registro Completo        | <input type="checkbox"/> Tratamiento de las drogas/el alcohol | <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas    |
| <input type="checkbox"/> Historia Clínica         | <input type="checkbox"/> Información de la salud mental       | <input type="checkbox"/> Información de SIDA. |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | <input type="checkbox"/> Resultados del laboratorio: _____    |   |
| <input type="checkbox"/> Registros de vacunación  | <input type="checkbox"/> De los rayos X e imágenes: _____     |   |
| <input type="checkbox"/> Lista de la alergia      | <input type="checkbox"/> Otro: _____                          |   |

❖ Propósito de la divulgación: (Marque todas las que corresponden.)

Cambiar doctores     Mudanza     Cambiar el seguro    Otro: \_\_\_\_\_

❖ Esta autorización es válida hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Elija una fecha hasta con un año desde la fecha de la firma.)  
   Mes      Día      Año

**Gobernanzas de Divulgación**

La información divulgada por esta autorización puede ser divulgada nuevamente por la persona u organización a la que se envía. Puede que no sea posible para garantizar su derecho a la protección de la privacidad de esta información una vez que haya sido divulgada a otra parte.

Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que nuestras oficinas ya hayan actuado en esta autorización. Para hacer esto, usted debe presentar una solicitud por escrito a su médico a la dirección anterior.

Usted puede negar a firmar esta autorización. Su denegación no niega su tratamiento en nuestras oficinas.

Usted puede inspeccionar o copiar la información divulgada por esta autorización para su uso personal. Sus registros médicos pueden contener información que sólo un médico puede interpretar. Para evitar una mala interpretación de esta información debe consultar a su médico con respecto a cualquier pregunta.

\_\_\_\_\_  
 Nombre Escrito del Paciente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre Escrito del Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre o Tutor Legal