



## Autorización para divulgar información de salud protegida (Formulario de divulgación de registros médicos)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
NRM: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

### Por este medio autorizo: (elija uno)

Cornerstone Practice: \_\_\_\_\_ U  Otro centro o persona: \_\_\_\_\_  
Nombre y teléfono del contacto: \_\_\_\_\_

### para divulgar u obtener información de salud protegida para/de: (elija uno)

Cornerstone Health Care U  Otro centro o persona

Especialidad: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad, _____	Ciudad, _____
Estado, _____	Estado, _____
Código postal _____	Código postal _____
Teléfono y _____	Teléfono y _____
fax: _____	fax: _____

Describa la información a ser enviada y el propósito de la divulgación. Si se trata del expediente médico completo, incluya los rangos de fechas:

Solicitud de registros a estos Proveedores: \_\_\_\_\_

**Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento.** La revocación no aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta Autorización o a mi compañía de seguros. Si no cumpla con especificar una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá automáticamente en un (1) año a partir de la fecha de la firma. Si revoco esta Autorización, debo hacerlo por escrito y enviar dicha revocación al Compliance and Patient Safety Department (Departamento de cumplimiento y seguridad de los pacientes) o a la clínica de mi proveedor. Puedo negarme a firmar esta Autorización. Cornerstone **no** condicionará el tratamiento del paciente (o algún pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios) por recibir mi firma en esta Autorización.

**Contenido y protección de autorización:** La información divulgada conforme a esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de un receptor de dicha información. Comprendo que la información divulgada puede incluir información sensible relacionada con los registros de salud conductual o mental, drogas y alcohol, VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles, así como pruebas genéticas. Es posible que, una vez divulgada, la privacidad de la información ya no esté protegida de acuerdo con la ley de privacidad federal. Comprendo que se puede cobrar una tarifa por copiar mis registros médicos.

### He leído y comprendo la información en este formulario de Autorización.

(La firma de un testigo **siempre es obligatoria**. Cuando se proporciona un consentimiento verbal para divulgar registros, dos empleados de Cornerstone deben firmar: uno como el Representante autorizado y el otro como el Testigo).

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante autorizado (si aplica)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación/Autoridad del representante para realizar solicitudes en nombre del paciente (si aplica)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (obligatorio)

\_\_\_\_\_  
Fecha