



AUTORIZACION PARA  
 DIVULGACION DE INFORMACION  
 DE SALUD PROTEGIDA (PHI)  
 (El permiso del paciente para la  
 divulgación de información está  
 en el expediente clínico)

**Información del paciente (en letra de imprenta)**

Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellidos:	
Nombre al momento del tratamiento (si es diferente al de arriba):			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Teléfono:	Correo electrónico (opcional):	
Dirección de Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

- Propósito**  Continuidad de la atención  Seguro  Legal  
 Indemnización por accidentes laborales  
 Personal/Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**¿A dónde desea que se envíe la información? (Marque los recuadros a continuación):**

\_\_\_\_\_ debe entregar mis expedientes a:  mí  persona(s) que pueden recibir mi información (especificadas a continuación):

Nombre del destinatario:	Número de teléfono del destinatario:
	Fax del destinatario:
Dirección postal del destinatario:	Correo electrónico del destinatario (si corresponde):

**¿Qué expedientes desea? (Escriba las fechas y marque los recuadros correspondientes a continuación):**

Fecha(s) de servicio: del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Expediente clínico completo, con imágenes (radiografías, fotografías)  
 Expediente clínico completo, sin imágenes

## O

Marque las opciones a continuación (marque todas las que correspondan):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta   | <input type="checkbox"/> Diagnóstico, tratamiento y/o derivaciones por el abuso de alcohol y/o drogas |
| <input type="checkbox"/> Historial y examen físico  | <input type="checkbox"/> Fotografías, videos, imágenes digitales u otras imágenes                     |
| <input type="checkbox"/> Reportes de consultas  | <input type="checkbox"/> Notas del avance   |
| <input type="checkbox"/> Información privada sobre el SIDA (AIDS, en inglés) o VIH (HIV, en inglés) | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio   |
| <input type="checkbox"/> Atención o servicios para la salud mental                                  | <input type="checkbox"/> Reportes de radiografías   |
| <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia  | <input type="checkbox"/> Registros de facturación   |
| <input type="checkbox"/> Otras (especifique):   |   |
- 
- 

***Nota: si seleccionó la entrega de las notas de psicoterapia, con esta autorización no se puede entregar ningún otro tipo de información de salud protegida.***

### **¿Cómo desea que se entreguen los expedientes?**

- Papel
- Entrega a domicilio
- Recoger en persona
- Electrónicamente (correo electrónico, memoria USB, disco compacto o CD, mediante el Portal, otro medio). Especifique por favor: \_\_\_\_\_
- 

### **Vencimiento**

Esta autorización vencerá en la fecha o evento a continuación: \_\_\_\_\_.

### **Cómo revocar esta autorización**

Entiendo que yo podría revocar esta autorización enviando una solicitud, por escrito, para la revocación de mi autorización a

\_\_\_\_\_.

Mi revocación se realizará en cuanto se reciba dicha solicitud, excepto en la medida en que otros hayan actuado en conformidad con esta autorización.

### **Autorización como condicionante para el tratamiento**

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para que se me atienda en Vibra, a menos que:

- Se me atienda en Vibra solo para dar información de salud a terceros (como para un examen físico de empleados) o

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

- Necesite tratamiento relacionado con un estudio de investigación. En este caso, Vibra no me atenderá, a menos que firme esta autorización:

### **Mis derechos**

Tengo el derecho de inspeccionar u obtener una copia de la información de salud para la cual estoy autorizando el uso o divulgación.

Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

### **Posible divulgación posterior**

Entiendo que las personas que reciban mi información de salud, de parte de Vibra, podrían divulgar, posteriormente, mi información a otros, a menos que las leyes federales indiquen lo contrario. Le doy permiso a Vibra para copiar esta autorización y dársela a las personas que reciban mi información de salud de parte de Vibra.

---

He leído y entendido esta autorización, y me han contestado mis preguntas. Certifico que soy el paciente especificado en la presente, o una persona con el permiso para actuar en nombre del paciente. No haré responsables a Vibra, sus directivos, administradores, empleados, agentes o contratistas de nada de lo que pudiera suceder por el uso o la entrega de mi PHI.

*Vibra reconoce el derecho de un paciente de obtener copias de su información de salud, según lo estipulado en la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPPA, por sus siglas en inglés).*

*Es posible que haya cargos relacionados con el procesamiento de la solicitud y preparación de los expedientes solicitados.*

### **Por favor escriba su nombre, con letra de imprenta, y firme a continuación:**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente, en letra de imprenta

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante autorizado del paciente,  
en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

---

Relación del representante con el paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_