



Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
----------------------	----------------------

Tutores legales:

Nombre:	Relación:	Fec. nac.:	Número de teléfono:
Nombre:	Relación:	Fec. nac.:	Número de teléfono:

POR LA PRESENTE, AUTORIZO A FAMILY HEALTH CENTER (FHC) A DIVULGAR VERBALMENTE INFORMACIÓN MÉDICA A:

Nombre:	Fecha de nacimiento:
Número de teléfono:	Relación:

Nombre:	Fecha de nacimiento:
Número de teléfono:	Relación:

Nombre:	Fecha de nacimiento:
Número de teléfono:	Relación:

Información que se compartirá verbalmente (Marque todo lo que corresponda.)

- ☐ Información sobre programación/citas
- ☐ Atención clínica y tratamiento
- ☐ Información sobre facturación/pago/seguro
- ☐ Resultados de laboratorio e imagenología

Información confidencial que se compartirá verbalmente (Marque todo lo que corresponda.)

- ☐ Pruebas/Resultados de VIH
- ☐ Salud mental
- ☐ Trastorno por consumo de alcohol, drogas o sustancias
- ☐ Pruebas genéticas
- ☐ Enfermedades de transmisión sexual
- ☐ Registros de psicoterapia



Comprensión del paciente

- Esta autorización no caducará a menos que yo especifique una fecha de caducidad diferente a continuación:
☐ 180 días ☐ Un año ☐ Otra _____
- Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que debo informar a todas las agencias y personas mencionadas en este formulario si retiro mi consentimiento. La revocación no se aplicará a ninguna información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.
- Comprendo que mi tratamiento, pago, afiliación o beneficios de elegibilidad no pueden estar condicionados a la obtención de esta autorización si dicho condicionamiento está prohibido por ley.
- Por la presente, reconozco que he leído y comprendo completamente las declaraciones anteriores en la medida en que se aplican a mí.

Firma y reconocimiento

Nombre del paciente o representante personal (en letra de imprenta)	Relación (en letra de imprenta)
Firma del paciente o representante personal	Fecha/Hora
Firma del testigo de la firma	Fecha/Hora

Aviso de confidencialidad (42 CFR Parte 2)

Si el(los) registro(s) divulgado(s) contiene(n) información sobre drogas o alcohol, entonces esta información se le ha divulgado a partir de registros protegidos por las Normas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las normas federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información a menos que dicha divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar penalmente o procesar a un paciente que consume alcohol o drogas.