

Completion Date:



Adjunto 46
Autorización para Divulgación a 3.ªs Personas

Autorizo el uso o divulgación de información sobre mi historial médico de la siguiente manera.

1. Persona(s) o categoría de personas autorizadas para usar o divulgar la información (p. ej. departamento, médico):

2. Persona(s) o categoría de personas autorizadas para recibir la información (p. ej. empleador, investigador):

Si usted desea que su record sea enviado a una tercera persona, por favor provea la dirección o el número de fax a donde quiera que sea enviada la información. Añada las paginas adicionales si hay más personas a las cuales quiere que le enviemos.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

3. Descripción de la información que puede ser usada o divulgada (p. ej. toda la información referente a un tipo específico de tratamiento):

4. La información será usada o divulgada para los siguientes propósitos (Nota: si el paciente inicia la petición, la expresión "a petición del paciente" es suficiente):

5. Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de servicios médicos o plan médico regido por las regulaciones de privacidad federales, la información mencionada podría volver a ser divulgada y ya no estaría protegida por estas regulaciones.

6. [Si fuera pertinente] La divulgación de mi información para propósitos de mercadeo se espera que produzca un beneficio económico directo o indirecto para \_\_\_\_\_ [escriba el nombre de la entidad en cuestión].

7. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmarla no afectará mi habilidad para obtener tratamiento o pago, inscripción, o mi elegibilidad para beneficios.

8. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento a través de una petición por escrito a la Universidad de Miami, excepto en caso de que ya se haya tomado acción con relación a esta autorización.

9. Esta autorización vence \_\_\_\_\_ [escriba la fecha, o describa un evento o actividad con relación al paciente, o propósito de la autorización]. Si no se completa, esta autorización expirará en un año a partir de la fecha firmada.

Firma del Paciente o Representante

Fecha

Nombre del Paciente

Dirección del Paciente

Número Telefónico del Paciente

Las últimos 4 dígitos del Seguro Social Fecha de Nacimiento

Nombre del Representante Personal (si es pertinente)

Vinculo con el Paciente

University of Miami - Office of HIPAA Privacy & Security
PO Box 019132 (M-879)
hipaaprivacy@med.miami.edu
Miami, FL 33101 305-243-5000 1-866-366-4874

NAME: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

LAST 4 DIGITS OF SSN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_ TIME: \_\_\_\_\_

© 2008 University of Miami

Page 1 of 1



Form D3900052S

Revised 12/5/08