



Divulgación de información

Nombre del paciente (Name)		Fecha (Date)
Número de identificación (ID#)	Fecha de Nacimiento (DOB)	Alias (AKA's)

Autorizo	Para divulgar información a	
Nombre de la organización o persona:	Instalación:	
Dirección:	Dirección:	
Número de teléfono	Número de teléfono	
Número de Fax	Número de Fax	
Por la presente, doy mi consentimiento para que la instalación arriba mencionada divulgue la siguiente información de mis registros médicos a CFG Health, desde las fechas _____ hasta _____.		
☐ Resumen del proveedor sobre mi diagnóstico, medicamentos, tratamientos, pronóstico y atención reciente.		
☐ Informes de admisión	☐ Informes del alta	☐ Informes de resumen operativo
☐ Historial de vacunación	☐ Informes/estudios radiológicos	☐ Informes de laboratorio
☐ Tratamiento e historial de drogas y/o alcohol	☐ Registros de salud mental	☐ TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS
☐ Otros registros: _____		

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que tengo derecho a revocarla en cualquier momento mediante notificación por escrito. También entiendo que una vez que esta información se divulgue de conformidad con esta autorización, podrá ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario o destinatarios y ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.

CFG Health y las instalaciones antes mencionadas no aceptan ninguna responsabilidad por la información confidencial que se transfiera desde la red a otros medios o personas, como por ejemplo mediante fotocopadoras, impresoras, correo electrónico, máquinas de fax, ordenadores domésticos o portátiles. Los contenidos son confidenciales y están destinados únicamente al uso de la persona o entidad a la que van dirigidos. Si usted no es el destinatario previsto, se le notifica que divulgar, copiar, distribuir o tomar cualquier medida basándose en el contenido de esta información está estrictamente prohibido.

Entiendo que esta autorización permanecerá en pleno vigor durante el período de _____ a partir de la fecha de hoy, a menos que yo la retire por escrito.

Firmo este documento voluntariamente y eximo a CFG Health y a la instalación de cualquier responsabilidad que pueda derivarse de dicha divulgación de información.

Entiendo que mi negativa a firmar este formulario no afectará mi capacidad para recibir tratamiento.

Nombre del paciente (Patient Name)	Firma del paciente (Patient Signature)	Fecha
Health Staff Name	Health Staff Signature/Title	Date

Facility/Provider to Receive Information

This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by State law. State regulations prohibit you from making any further disclosure of this information without the prior written consent of the person to whom it pertains.