



## AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo a Women's Health Associates of Southern Nevada, PLLC a usar y / o divulgar una copia de mis registros médicos que contengan información de salud de identificación individual como se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que esta divulgación puede incluir información relacionada con el VIH, salud mental o abuso de sustancias. También entiendo que, si la organización autorizada para recibir la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las leyes de privacidad estatales o federales o por esta autorización.

Persona/organización que proporciona la información:

---

Nombre del paciente o representante:

---

Persona/organización autorizada para recibir la información:

---

Descripción específica y significativa de la información que se utilizará y/o divulgará (como fechas de servicio o tratamiento, tipo de servicio o tratamiento, nivel de detalle que se divulgará u origen de la información):

---

---

---

---

Esta información médica está siendo utilizada y/o divulgada para los siguientes propósitos:

("A petición del individuo" es suficiente si la solicitud es hecha por el paciente y el paciente no quiere declarar un propósito específico).

---

---

---

Esta Autorización permanecerá válida y en vigor hasta que:

A) (MM/DD/AÑO): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ O

B) Ocurre el evento que se relaciona con el uso y/o divulgación y esta Autorización ya no es necesaria.  
Este evento de expiración es:

---

---

---

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando una notificación por escrito al Oficial de Privacidad. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que mi proveedor se haya basado en el uso o la divulgación de la información médica protegida o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y el asegurador tiene el derecho legal de impugnar un reclamo.

También entiendo que mi proveedor no condicionará mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios (si corresponde) a si doy autorización para el uso o divulgación solicitados, excepto (1) si mi tratamiento se libera para investigación o (2) si los servicios de atención médica se me brindan únicamente con el propósito de crear información de salud protegida para divulgarla a un tercero.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Paciente/Agente de Atención Médica/Tutor/Familiar Fecha de Firma

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante personal

**SE DEBE ENTREGAR AL PACIENTE UNA COPIA FIRMADA DE ESTA AUTORIZACIÓN.**