



**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Por la presente autorizo a la entidad de AtlantiCare señalada a continuación

<input type="checkbox"/> Salud del comportamiento de AtlantiCare	<input type="checkbox"/> Servicios de salud de AtlantiCare	<input type="checkbox"/> Planes de salud de AtlantiCare
<input type="checkbox"/> AtlantiCare Regional Medical Center	<input type="checkbox"/> Fundación AtlantiCare	<input type="checkbox"/> InfoShare
<input type="checkbox"/> Centro quirúrgico de AtlantiCare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a revelar la información médica de:

Nombre (por favor escribir en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
a la persona o entidad señalada a continuación:

Nombre del destinatario \_\_\_\_\_

Dirección del destinatario \_\_\_\_\_

Teléfono del destinatario \_\_\_\_\_ Fax del destinatario \_\_\_\_\_

La información será revelada de los registros de:

<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Pacientes internos	<input type="checkbox"/> Departamento de emergencia	<input type="checkbox"/> Otros _____
--------------------------------------	---	---	--------------------------------------

Fecha (s) del servicio: \_\_\_\_\_

Información específica que será revelada:

<input type="checkbox"/> Expediente médico completo	<input type="checkbox"/> Radiología
<input type="checkbox"/> Exámenes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Pruebas cardíacas
<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias y/o alcohol	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Información de psicoterapia

Otros (especifique) \_\_\_\_\_

La información será revelada para fines: \_\_\_\_\_

Comprendo que los términos de esta autorización se rigen por la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) y otras normas federales y del estado que apliquen. Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, antes que AtlantiCare cumpla con la solicitud. La revocación debe ser por escrito y está sujeta a los términos descritos en el Declaración de Práctica de Privacidad y otras políticas de AtlantiCare.

Comprendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que AtlantiCare no puede condicionar ningún tratamiento o servicio al otorgamiento de esta autorización.

Comprendo que la información revelada mediante esta autorización, puede ser también revelada por el destinatario y ya no estará protegida por HIPAA.

Esta autorización queda sin efecto una vez revelada la información arriba descrita o cuatro meses después de la fecha de su emisión, a no ser que se especifique lo contrario. Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o persona que lo representa: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación del paciente con la persona que lo representa: \_\_\_\_\_

*El paciente tiene el derecho a una copia de la autorización firmada*