

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE /AUTORIZACIÓN
PARA OBTENER O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

Sección 1: Información del Paciente	Nombre del Paciente		Nombre Anterior (si corresponde)	
	Dirección		Fecha de Nacimiento	
	Ciudad	Estado	Cód. Postal	Número de Teléfono
Sección 2: Autorización	Por lo presente autorizo a (Hospital/Clínica/Negocio/Persona) _____ a utilizar o divulgar la siguiente información de salud del paciente anteriormente mencionado. <i>Llene la siguiente información si corresponde:</i> Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____			
Sección 3: Divulgar a	Hospital/Clínica/Negocio/Persona		Número de Teléfono	Fax
	Dirección		Ciudad	Estado Cód. Postal
Sección 4: Información que Sera Divulgada	<input type="checkbox"/> Quiero información de salud relacionada a: _____ <input type="checkbox"/> Otra información o fecha específica(s) de servicio: _____ La información de salud pedida puede incluir información relacionada a pruebas, diagnóstico, y tratamiento relacionado con: alcoholismo, drogadicción, infecciones de transmisión sexual, salud mental, desórdenes psiquiátricos o VIH (Virus del SIDA)			
Sección 5: Motivo de Divulgación	<input type="checkbox"/> Continuidad de Cuidado <input type="checkbox"/> Uso Personal <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Transferencia de Médico (Especifique Razón) _____ <input type="checkbox"/> Otra (Especifique Razón) _____			
Sección 6: Método de Divulgación (Escoja uno)	<input type="checkbox"/> Correo (<i>Podría ser enviado por servicio de copia</i>) *Puede haber un cargo <input type="checkbox"/> Recoger en Clínica (Se le daran solo a la persona mencionada en Sección 3) <input type="checkbox"/> Correo Electrónico Cifrado (<i>Podría ser enviado por servicio de copia</i>): _____ <input type="checkbox"/> Fax: Número de Fax _____			
Sección 7: Autorización y Revocación	<ul style="list-style-type: none"> • Clinicas del Camino Real, Inc. no puede condicionar el tratamiento de salud, pago, inscripción o la elegibilidad para beneficios basado en el hecho de firmar esta autorización. Tengo el derecho de recibir copia de esta forma, de inspeccionar y obtener una copia de la información que se divulgo. • Su información de salud puede contener información recibida por otras organizaciones. • La información divulgada por medio de esta autorización ya no sera protegida por Clinicas del Camino Real, Inc. si es divulgada por quien la recibe. • Esta autorización se vence cuando ocurra la siguiente fecha o evento: _____ (No excediendo 1 año de la fecha indicada arriba) • Tengo el derecho de revocar esta autorización mandando por escrito a Clinicas del Camino Real, Inc. Mi revocación será efectiva al ser recibida. 			
	Firma del paciente o individuo legalmente autorizado		Fecha	Hora
	Relación al paciente si la firma no es del paciente			