



Autorización para divulgar información médica protegida

Nombre del paciente:		Fecha de nac.:	
Dirección			
Ciudad		Estado:	
		Código postal	

Autorizo a MedExpress, ubicado en _____, a utilizar/divulgar la información médica protegida de la persona mencionada anteriormente como se describe a continuación, durante el período de _____ a _____.

- | | |
|--|--|
| ☐ Historial y examen físico | ☐ Notas de evolución del médico/personal |
| ☐ Informes de consulta | ☐ Hojas de órdenes |
| ☐ Informes de radiografías e imágenes | ☐ Informes de patología |
| ☐ Hojas de medicamentos | ☐ Resultados de análisis de laboratorio/pruebas |
| ☐ Otra (describa): _____ | |
| ☐ Historial médico completo sin restricciones | |

Esta información puede ser divulgada a y usada por la siguiente persona/organización:

Nombre de la persona u organización:			
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	
		Código postal:	
Teléfono:		Fax:	

Esta información puede ser utilizada con el propósito de: _____

Autorizo específicamente la divulgación de toda la información sobre:

- | | |
|--|---|
| ☐ Salud mental | ☐ Enfermedades/Infecciones de transmisión sexual |
| ☐ Alcoholismo y drogadicción | ☐ VIH y SIDA (en algunos estados puede incluir una prueba incluso si el resultado es negativo) |
| ☐ Maltrato de menores, doméstico u otro | ☐ Fertilidad, embarazo, aborto, salud reproductiva y agresión sexual/violación |
| ☐ Información genética | |

Entiendo que tengo derecho a **REVOCAR** esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo **por escrito** y debo presentar mi revocación por escrito a medexpressrequest@optum360.com o enviarla por fax al 1-888-409-2801. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no especifico una fecha, evento o condición de vencimiento, esta autorización vencerá en seis (6) meses, excepto en la medida en que se haya tomado alguna acción basada en ella.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. MedExpress no puede negar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios porque firme o no esta autorización. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que será utilizada o divulgada, según lo establecido por las leyes federales y estatales. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el riesgo de una nueva divulgación no autorizada, y que dicha información puede no estar protegida por las normas de confidencialidad federales o estatales aplicables.

Firma de la persona o representante legal

Fecha

Si es firmado por el representante legal, relación

Firma del testigo