



**AUTORIZACIÓN PARA USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Soy el paciente o el representante legal de un paciente de Philadelphia FIGHT Community Health Centers. Firmando abajo, autorizo a Philadelphia FIGHT a revelar mi información médica protegida ("Información") como se describe abajo. Entiendo que firmar esta Autorización es voluntario.

**Información del paciente:**

Primer nombre y apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

**Se autoriza a Philadelphia FIGHT Community Health Centers para**

**revelar información a:**

**recibir información de:**

Nombre de la persona o entidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Información que se revelará:**

Expediente médico completo

**0**

*Marque todo lo que corresponda abajo*

Análisis de laboratorio

Informe de diagnóstico

Lista de medicamentos

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

**¿Hay restricciones de fecha en la información que se revelará?**

No  Sí (*especificar el marco de tiempo de los registros*): \_\_\_\_\_

**Propósitos de la revelación:** \_\_\_\_\_

*El paciente o el representante legal del paciente está de acuerdo con las siguientes declaraciones:*

**Entiendo que, a menos que lo prohíba la Ley 148 u otra ley estatal vigente, la información revelada puede incluir información relacionada con el tratamiento del abuso de drogas y alcohol, enfermedades mentales, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, hepatitis C o genética.**

**Si NO quiere que se revele esta información específica, describa las categorías de información que se excluirán:**

1. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no se verán afectados si no se firma esta Autorización.
2. Entiendo que esta Autorización vence 5 años después de la fecha de mi firma, a menos que se revoque antes.
3. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a Philadelphia FIGHT Privacy Officer, 1233 Locust St. 5th Floor, Philadelphia PA 19107.
4. Entiendo que la revocación de esta autorización no tendrá ningún efecto sobre las acciones que se han hecho antes de que Philadelphia FIGHT recibiera la revocación.
5. Entiendo que existe la posibilidad de que el destinatario de la información pueda volver a revelar la información y que la información podría ya no estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.
6. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante legal del paciente  
(*Debe completar el formulario antes de firmarlo*)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del representante legal del paciente:

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente: