



## AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACION MÉDICA

1. Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre Previo (Si es aplicable) \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Número de Historial Médico: \_\_\_\_\_

**Yo autorizo que CVAM: Pida / Comparta (Circular Uno)  
La información médica del paciente mencionado previamente a / de:**

2. Nombre (Doctor/Hospital/Miembro Familiar/El Mismo Paciente)  
\_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ # de Suite: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Telefax: \_\_\_\_\_  
Para el propósito de: \_\_\_\_\_  
Formato Preferido: Papel / Disco Electronico (*Circular Uno*)

3. **El tipo y cantidad de información que puede ser compartida: (por favor de fechas si es apropiado)**
- Historial médico completo
  - Historial médico completo, del día \_\_\_\_\_ al día \_\_\_\_\_
  - Resultados de laboratorio, del día \_\_\_\_\_ al día \_\_\_\_\_
  - Información Factual
  - Algo mas \_\_\_\_\_
4. **Entiendo que la información médica compartido con permiso de esta autorización puede incluir información confidencial en relación al tratamiento de enfermedad física y/o mental, abuso de alcohol y/o drogas, VIH/SIDA y historial médico pasado.**
5. **Entiendo que esta autorización se expirara, sin mi revocación expresada, un año de la fecha firmada, o si soy un menor, en el día que me convierta en adulto en acuerdo con las leyes estatales, lo que ocurra primero. Entiendo que tengo la libertad de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento excepto si la información ya a sido compartida. Tampoco aplica la revocación si es referente a mi compañía de seguro medico cuando la ley permite a mi seguro medico el derecho de disputar un reclamo bajo mi póliza o la póliza misma.**
6. **Entiendo que la autorización para compartir esta información médica e voluntaria y puedo negar mi firma. CVAM no puede poner condiciones a su tratamiento, pago, inscripción en planes médicos o elegibilidad de beneficios por negar su firma, al menos que sea especificado por ley. Entiendo que la compartición de información tiene potencial de ser re-compartida sin autorización y puede que esa compartición no sea protegida por leyes federales de confidencialidad.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Escrito del Paciente o Representante Autorizado y su Relación al Paciente  
(Por favor incluya documentación de autoridad aplicable)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARA USO DE NUESTRA OFICINA:**

Verificación de Identificación con Fotografía: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha