



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD  
PARA MERCADOTECNIA Y / O DAR A CONOCER A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

Completar este documento autorizará la divulgación y / o el uso de su información de salud. No aportar *toda* la información requerida puede anular esta autorización.

**USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD:**

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Otros nombres: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de expediente medico o número de cuenta: \_\_\_\_\_  
(Para uso del hospital solamente)

AUTORIZO A: \_\_\_\_\_  
(Instalaciones u otro proveedor)

PARA REVELAR A: \_\_\_\_\_  
(Personas / organizaciones autorizadas para recibir la información)

en la siguiente dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle, ciudad, estado y código postal)

La siguiente información (marquee todas las casillas correspondientes a continuación):

Esta autorización permite el uso y / o la divulgación de la siguiente información acerca del paciente:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fotografía                               | <input type="checkbox"/> Tratamiento o condición física                   |
| <input type="checkbox"/> Grabación de audio/audio y video digital | <input type="checkbox"/> Resultados                                       |
| <input type="checkbox"/> Nombre, edad, dirección, localización    | <input type="checkbox"/> Resultados de exámenes e informes de diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Datos de diagnóstico                     | <input type="checkbox"/> Antecedentes personales, trabajo y familia       |
| <input type="checkbox"/> Otra Información: _____                  |   |

PROPÓSITO: El propósito y las restricciones (si existe alguna) del uso o la divulgación solicitada son:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Noticias a los medios de comunicación           | <input type="checkbox"/> Uso en materiales de mercadeo |
| <input type="checkbox"/> Comunicaciones de mercadeo para pacientes       | <input type="checkbox"/> Uso en boletines de prensa    |
| <input type="checkbox"/> A petición de paciente o representante personal |  |
| <input type="checkbox"/> otros: _____                                    |  |



VENCIMIENTO: Esta autorización caducará automáticamente un (1) año después de la fecha de su ejecución a menos que se especifique una razón a fecha diferente: \_\_\_\_\_

(Anote la razón o la fecha)

MIS DERECHOS:

- Puedo rehusarme a firmar esta autorización. Mi negative no afectará mi facultad, en obtener tratamiento, pago o elegibilidad par alas prestaciones.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviar mi revocacion a la siguiente dirección: Chandler Regional Medical Center Medical Records, 475 S Dobson Rd, Chandler AZ 85224 o Mercy Gilbert Medical Center Medical Records, 3555 S. Val Vista Dr., Gilbert, AZ 85297. Mi revocación entrará en vigor al ser recibida, a excepción de que otros hayan actuado confiados en esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

REMUNERACIÓN: (Para autorizaciones iniciadas por CHW hospital /Instalaciones.) Tengo por entendido que Chandler Regional Hospital o Mercy Gilbert Medical Center RECIBIRÁ/NO RECIBIRÁ (circule una) remuneración por parte de terceras personas por el uso y / o la divulgación de información de salud marcada con las iniciales a continuación.

La información revelada en conformidad con esta autorización puede ser revelada de nuevo por el destinatario. Esta divulgación en algunos casos no está protegida por la ley de Arizona y podría no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Si esta autorización es para la divulgación de información sobre el abuso de sustancias, puede estar prohibido para el destinatario bajo el reglamento 42 de la CFR. part 2 revelar la información.

FIRMA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente o representante personal)

\_\_\_\_\_  
Escriba en letras de imprenta el nombre del representante personal

\_\_\_\_\_  
Parentesco o relación con el paciente

Patient/Representative Identification Verified. *Initials:* \_\_\_\_\_ *Dept:* \_\_\_\_\_

Nota: Si la información sobre el tratamiento del abuso de sustancias esta protegida por los reglamentos federales de confidencialidad (42 CFR. part 2) las siguientes declaraciones sobre la prohibición de volver a divulgar la información deberán proveérsele al destinatario:

Los reglamentos federales le prohíben hacer cualquier divulgación futura de la información a menos que otra divulgación este expresamente permitida mediante el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece, o que de otra manera este permitida por la 42 CFR. part 2. Una autorización general para revelar información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Los reglamentos federales prohíben estrictamente cualquier uso de información para investigar o procesar criminalmente a cualquier paciente por el abuso de alcohol o drogas.