
Nombre completo del paciente

Fecha de nacimiento

No. de identificación del paciente o suscriptor

Dirección del paciente

Ciudad/Estado/Código postal**Entiendo y acepto que:**

- Esta Autorización es voluntaria;
- Mi información médica puede incluir información generada por otras personas, incluyendo proveedores de atención médica. Puede contener información médica, farmacéutica, dental, de la vista, salud mental, sobre el uso de drogas y alcohol, VIH/SIDA, psicoterapia, reproducción, genética, enfermedades transmisibles y de programas de atención médica;
- No se me puede negar tratamiento, el pago de los servicios médicos ni la inscripción o elegibilidad para recibir beneficios médicos si no firmo este formulario;
- Es posible que la información para la cual doy mi Autorización de divulgación ya no esté protegida y vuelva a ser divulgada por el destinatario en caso de que el destinatario no esté sujeto a los reglamentos de privacidad federales o estatales; y
- Esta Autorización vencerá al cabo de un año a partir de la fecha en que yo firme esta Autorización. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento al notificarle a WellMed por escrito; sin embargo, la revocación no tendrá efecto alguno en las medidas que se tomen antes de la fecha en que se reciba y tramite mi revocación.

Yo autorizo a **WellMed y sus afiliados** a usar y divulgar mis datos médicos individualmente identificables entre ellos mismos.

También autorizo a mis proveedores médicos tratantes (pasados, presentes y futuros) a usar y divulgar mi información médica individualmente identificable a WellMed y sus afiliados.

Proveedor(es) médico(s) tratante(s) - marque todo lo que corresponda: *

- Todos los proveedores médicos con participación confirmada en el tratamiento, incluso aquellos proveedores médicos contratados or WellMed o sus afiliados.
- Estos proveedores médicos específicos _____

* Entiendo que de acuerdo con la norma 42 CFR Part 2 (Código de regulaciones federales título 42, parte 2), tengo derecho a obtener una lista de las entidades que han recibido mi información conforme a esta designación general.

Tipo de información a ser usada, divulgada y compartida:

- Yo autorizo a estas entidades a usar y divulgar toda información sobre mi salud, incluyendo información médica, farmacéutica, dental, de la vista, salud mental, uso de drogas, VIH/SIDA, psicoterapia, reproducción, genética, enfermedades transmisibles y de programas de atención médica. Esta información puede incluir, por ejemplo, información sobre consultas, hospitalizaciones, tratamientos, reclamos, gestión de casos o coordinación de cuidados médicos;

Motivo de la divulgación:

- El motivo de la divulgación de mi información médica es brindarme mejor tratamiento, asesoramiento para pagos, coordinación de cuidados médicos o gestión de casos.

Firma del individuo

Fecha

Favor de prestar atención: Si usted es un tutor legal o representante autorizado por la corte deberá adjuntar una copia del comprobante de su autorización legal para representar al paciente.

Firma del representante del individuo

Fecha

Representante del individuo:

Nombre

Número de teléfono

Dirección

Ciudad/Estado/Código postal

(Solo para designaciones generales relacionadas con la divulgación de información sobre el uso de fármacos, por ejemplo, todo proveedor médico tratante pasado, presente y futuro) Entiendo que puedo solicitar una lista de las entidades que han recibido mi información.

FAVOR DE CONSERVAR ESTE DOCUMENTO EN EL EXPEDIENTE MÉDICO DEL PACIENTE.