**Consentimiento para la divulgación de información confidencial**

Nombre del paciente:_____ Fecha de nacimiento: _____

Por la presente autorizo y ordeno *a* _____ que divulgue y/o solicite información de salud protegida (PHI) para el paciente mencionado anteriormente.

Nombre/ Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono:_ _____

Correo electrónico:_____

Para los siguientes fines:

__ Coordinación del tratamiento y atención continua __ Elegibilidad/beneficios

__ Acción/Procedimientos Legales __ Solicitud personal del cliente

__ Revisión del caso __ Otro: _____

Nota: El propósito de la divulgación autorizada en este documento es comunicarse con la persona y/u organización autorizada anteriormente de manera continua durante la participación del cliente en el tratamiento, para cumplir con una orden judicial o para ayudar en la defensa del cliente.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para la divulgación de mis registros médicos confidenciales. Entiendo que mis registros están protegidos bajo las regulaciones estatales y federales relacionadas con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). La Regla de Privacidad se encuentra en 45 CFR Parte 160 y las Subpartes A y E de la Parte 164. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en él y que, en cualquier caso, este consentimiento vence el _____ o automáticamente dentro de un año a partir de la fecha de hoy .

*Al firmar a continuación, reconozco que he leído, comprendido y acepto los elementos contenidos en este documento.*

_____

Firma del paciente Fecha

_____

Firma del tutor legal/representante Fecha