

Hemophilia Outreach Center  
Autorización para revelar información médica (HIPAA)

NOMBRE DE PACIENTE

Nombre Legal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono # \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Expediente #: \_\_\_\_\_

Autorizo a la siguiente organización a revelar información médica:

Hemophilia Outreach Center  
2060 Bellevue Street  
Green Bay, WI 54311-5622

Autorizo a las siguientes personas o organizaciones a recibir dicha información médica:

- Padre (s) \_\_\_\_\_
- Conyuge \_\_\_\_\_
- Custodia legal \_\_\_\_\_
- Otras Personas: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Especifica el tipo de información médica que puede ser revelada: (marque todas que aplican)

- Información sobre citas, fechas de citas, y el nombre del medico
- Preguntas sobre citas o resultados (.e. para pedir recetas medicas, referencias)
- Resultados de pruebas diagnosticas o del laboratorio
- Información sobre finanzas
- Toda mi información médica EXCEPTO: \_\_\_\_\_
- Puede dejar mensajes en el buzón de voz o por correo electrónico  
EXCEPTO: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

**Programas de asistencia al paciente**

- Autorizo al personal de HOC a trabajar en mi nombre ya utilizar mi información para iniciar o mantener mi participación en programas de asistencia de copago relacionados con el fabricante

La siguiente información no será revelada sin un consentimiento especial para el tipo de información pedida:

Pruebas del salud mental  
VIH/SIDA y tratamiento de SIDA

Discapacidad Desarrollar  
Resultas de pruebas de VIH

Enfermedades venéreas

**Su Derecho a Recibir esta Autorización**

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que tengo el derecho de obtener una copia de mi información médica siempre y cuando yo la pido.

**No Hay Condiciones**

Entiendo que la Hemophilia Outreach Center no me puede obligar firmar esta autorización como condición de dar tratamiento o servicios.

**Efecto de la Concesión de la Autorización**

Estoy consciente de que al revelar información médica afuera de esta clínica puede resultar en falta de confidencialidad en lugares que reciben mi información médica.

**Expiración y Revocación**

Expiración: Esta autorización expirara (escoja una):

- En tal fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Cuando yo indique

Revocación: Entiendo que tengo el derecho de revocar la autorización en cualquier momento de manera de dar un aviso escrito o verbal al centro de Hemophilia llamando al 920-965-0606 o enviar a 2060 Bellevue Street, Green Bay, WI 54311. Entiendo que la revocación no aplicará a la información que ya haya sido revelada debido a esta autorización.

**FIRMA**

Yo, \_\_\_\_\_, ha tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización. Entiendo que al firmar esta confirmo que he autorizada el uso y revelación de información medica indicada aquí.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si un representante ha firmado esta autorización de parte de paciente, completa la siguiente:

\_\_\_\_\_  
Nombre de representativa

\_\_\_\_\_  
Relación a paciente

**Autorizaciones Verbales**

Fecha :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Razón:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_