

# Harbor Psych

## Autorización para Uso o Revelación de Información Personal y de Salud

### EXPLICACIÓN

A usted le pide esta autorización para uso o revelación de su información medica, para obedecer los requisitos del Acto de Confidencialidad de Información Medica de 1981, Código Civil Sección 56 y El Acto de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguro Medico de 1996 (conocido en ingles como HIPAA).

### AUTORIZACION

Por la presente, yo autorizo (nombre de doctor, hospital o proveedor de cuidado medico):

\_\_\_\_\_  
Para proveer a (nombre de persona solicitada):

\_\_\_\_\_  
Archivo medico y información referente a historia medica, condición mental o física, servicios recibidos, o tratamiento de (nombre del paciente):

\_\_\_\_\_  
Esta autorización está limitada al siguiente archivo medico, y tipo de información:


### USO

La persona solicitada puede usar la información personal y de salud sola para los propósitos siguientes:


### DURACIÓN

Esta autorización entrará en vigor de inmediato y quedará en vigor a partir de (fecha):

\_\_\_\_\_  
Entiendo que si quiero revisar o cancelar esta autorización debo hacerlo por escrito.

### LIMITACIONES

Entiendo que la persona solicitada no puede usar o revelar de otra manera, la información de salud privada, sin que me obtenga otra autorización, o a menos que tal uso o revelación sea específicamente requerido o permitido por la ley. También entiendo que el tratamiento no puede depender de firmar esta autorización.

**COPIA ADICIONAL**

También entiendo que tengo derecho de recibir una copia de esta autorización a mi petición.  
Copia pedida y recibida \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_No Iniciales \_\_\_\_\_.

**FIRMA**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM  
/ PM

---

Firma: \_\_\_\_\_

Si firma es de persona otra del paciente, indicar relación: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_