

**Iriamar Vélez Quiñones, MD**

519 Miramar Ave  
Arecibo, Puerto Rico 00612  
Tel/Fax: 787-878-3211

**AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD  
[PROTECTED HEALTH INFORMATION] (PHI)**

*Se requiere copia de identificación con foto*

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Alias (si aplica) \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_ No. de Record \_\_\_\_\_

Doy mi autorización por escrito para revelar información (PHI) por escrito o verbalmente sobre el paciente arriba mencionado:

DE: (Médico) \_\_\_\_\_ PARA: Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Numero de Fax \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Propósito de la Revelación de la Información: \_\_\_\_\_ Transferencia de la PHI \_\_\_\_\_ Legal  
\_\_\_\_\_ Mercadotecnia (no cara a cara) \_\_\_\_\_ Aplicaciones de Seguro \_\_\_\_\_ Investigación  
\_\_\_\_\_ Determinaciones de Empleo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Autorizo la revelación de de la información protegida bajo la ley federal. Esta información, una vez revelada, puede ser revelada nuevamente por quien la reciba y no continuar mas protegida bajo la ley federal. Esta autorización aplica a:

\_\_\_\_\_ PHI Completo (expediente medico)  
\_\_\_\_\_ PHI relacionado con la(s) siguiente(s) condición(es), prueba(s) o fecha(s) de tratamiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Si la revelación de la PHI que arriba he autorizado incluye cualquiera de lo siguiente *información de salud altamente protegida*, doy autorización específica para revelar esta información de salud altamente protegida por los cuales se me han hecho exámenes, se me ha dado diagnostico o tratamiento. (Por favor ponga sus iniciales en cada opción que aplique.)**

\_\_\_\_\_ **Uso de Drogas, de alcohol o abuso de estupefacientes.** \_\_\_\_\_ **HIV, SIDA**  
\_\_\_\_\_ **Salud Mental** (Las notas de psicoterapia están prohibidas por la ley)  
\_\_\_\_\_ **Enfermedades Sexualmente transmitidas**

**Esta información ha sido revelada a la persona anteriormente mencionada de expedientes cuya confidencialidad esta protegida por la Ley Federal. La Regulación Federal (42 CFR Parte 2) prohíbe revelación posterior de *Información de salud altamente protegida* sin autorización específica escrita de la persona a quien le concierna. Una autorización general para la revelación de información de salud altamente protegida NO es suficiente para este propósito.**

Si es aplicable y a menos que se disponga de otra manera por orden de la corte, el representante legal del paciente, padre biológico o guardián legal de un menor (<19 años de edad) son quienes la responsabilidad sea autorizar la revelación de la PHI del paciente. En el caso del consentimiento de un menor para recibir servicios por STD o dependencia química, el menor y solo el puede autorizar la revelación de PHI relacionada con estas condiciones.

Yo entiendo que al negar la autorización para revelar mi Información Protegida De Salud no hay mal efecto en mi matriculación, elegibilidad de beneficios, o la cantidad que Medicare paga para los servicios que recibo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Personal Representativo

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Adjuntar copia de tutor legal)

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario o Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta autorización **expira seis meses después de la fecha de la firma**  **en el evento** \_\_\_\_\_ (por ejemplo mi muerte, el termino del investigación).. Sin embargo, esta autorización puede ser revocada en cualquier momento a través de una notificación escrita a Oficina Dra. Iriamar Vélez Quiñones, siempre y cuando sea recibida antes de que la información sea revelada. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan válida como el original.

Revocación por \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ atestiguada por \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo de FP

**AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD cont.**

**Office Use Only**

Date Needed \_\_\_\_\_

Date FP received \_\_\_\_\_

Date Sent US Mail \_\_\_\_\_

**MD/ Signature** \_\_\_\_\_

Date Picked up \_\_\_\_\_

FP Staff Signature \_\_\_\_\_

- \$\_\_\_\_ Fee for this request ( \$0.50/page copied (max. \$25 dlls) plus shipping if requested)
- No fee for this request
- Signed completed authorization form was given to patient/personal representative
- Signed completed authorization form was given to receiver of disclosed PHI