



**Authorization to Use and/or Disclose Protected Health Information**

|  |                     |   |                     |
|--|---------------------|---|---------------------|
| Nombre y dirección del proveedor de servicios médicos o de la clínica: _____ |                     | Para usar y/o revelar Información Médica con: _____ |                     |
| Nombre del proveedor/ clínica _____  |                     | Nombre _____  |                     |
| Dirección (número y nombre de la calle) _____                                |                     | Dirección (número y nombre de la calle) _____       |                     |
| Ciudad, Estado y Código Postal _____   |                     | Ciudad, Estado y Código Postal _____                |                     |
| Numero de teléfono _____   | Número de Fax _____ | Número de teléfono _____                            | Número de Fax _____ |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Nombre del Paciente _____                               | Número del Expediente Médico _____ |
| Fecha de Nacimiento _____                               | Fecha(s) del Servicio _____        |
| Teléfono del Paciente o Representante: ( )-_____- _____ | La Razón para Revelar _____        |

**Marcando** en el espacio(s) de abajo, yo estoy autorizando el uso y/o revelación de la siguiente información médica y/o expedientes médicos, si es que dicha información y/o expedientes médicos existen:

**Especifique a continuación:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hoja Demográfica        | <input type="checkbox"/> Exámen de Función Pulmonar           | <input type="checkbox"/> Enviar Expediente Médico Completo |
| <input type="checkbox"/> Notas de Visita/Oficina | <input type="checkbox"/> Reportes de Patología                | <input type="checkbox"/> Otros, describir _____            |
| <input type="checkbox"/> Consultas               | <input type="checkbox"/> Resultados de Estudio del Sueño      | _____  |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Estados de Cuenta o de Facturación   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Notas de Operación      | <input type="checkbox"/> Reportes de Diagnóstico por Imágenes |  |

Comprendo que la revelación puede incluir información acerca del abuso de drogas o de alcohol (come se cubre en el 42 C.F.R. Parte 2), enfermedades psiquiátricas o mentales, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o infección del HIV (cubiertos en VA. Code 32.1-36.1). **Si está de acuerdo, ponga sus iniciales aquí:** \_\_\_\_\_

Siendo yo la persona que está firmando la autorización, comprendo que estoy dando permiso a la entidad médica nombrada arriba para la revelación confidencial del expediente médico. Comprendo que tal entidad médica no condicionará el tratamiento o el pago con mi firmar en esta autorización, salvo en las circunstancias específicas mediante la cual dicha condición es permitida y por ley son aplicables y son asignadas en esta autorización.

**También comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento**, pero mi revocación no será efectiva hasta que ésta se entregue por escrito a la persona que tenga en su poder mis expedientes médicos, y no es efectiva si es que ya se revelaron bajo esta autorización.

Comprendo que la información de salud revelada bajo esta autorización puede ser revelada nuevamente por el que lo recibe y como resultado de dicha revelación, esta información de salud ya no estaría protegida por ley de la misma manera cuando sólo estaba bajo el poder de la identidad médica.

Salvo que se revoque antes, esta autorización expira **1 año** desde la fecha que fue firmada o el \_\_\_\_\_

|  |   |
|--|---|
| _____<br>Firma del Paciente o Representante Legal  | _____<br>Fecha de la Firma  |
| _____<br>Nombre del Paciente o Representante Legal | _____<br>Relación con el Paciente o Autoridad Legal del Representante |

Se Verificó la Identificación del Paciente o Representante Legal. Los Récords se Copiaron por: \_\_\_\_\_

(Una copia de este formulario firmado será proporcionado al paciente o representante legal del paciente.)

**Instructions for completing the  
“Authorization to Use and/or Disclose Protected Health Information” form**

Si está solicitando los expedientes médicos o de facturación para ser enviados a alguien que no sea usted, complete todas las secciones del formulario de *Autorización para el Uso y la Revelación de Información de Salud Protegida*. Un formulario de Autorización debe ser completado en su totalidad, antes que la información médica o de facturación sea enviada.

1. Escriba el nombre y la dirección del proveedor médico de FNA, o el sitio de práctica que tendrá que enviar los expedientes médicos o de facturación.
2. Escriba el nombre y la dirección de la persona o entidad que va a recibir los expedientes médicos o de facturación, en la sección que dice “Para usar/revelar información médica.”
3. Escriba el nombre del paciente, incluyendo la inicial del segundo nombre.
4. Escriba el número de expediente médico del paciente.
5. Escriba la fecha de nacimiento del paciente.
6. Escriba la fecha(s) del servicio de información del cuidado médico que desea dar a conocer. Si no sabe las fechas exactas de servicio, dar una fecha aproximada.
7. Escriba el número de teléfono del paciente o del representante legal mediante el cual, un miembro de nuestro equipo pueda contactarlo en el caso de alguna pregunta con respecto a su solicitud.
8. Escriba la razón o el propósito para dar a conocer la información médica o de facturación.
9. Marcar  junto al espacio de cada tipo de información médica o de facturación que desea revelar al destinatario. Si no ve el tipo de expediente que desea dar a conocer, por favor describalo donde dice “Otros, describir.”
10. Leer y dar inicial (si está de acuerdo) para dar a conocer información médica protegida de salud importante (como el abuso de consumo de drogas, alcohol, enfermedad psiquiátrica o mental o el VIH/SIDA).
11. Ponga una fecha de vencimiento o de caducidad. Si dejó ese espacio en blanco, la Autorización expirará en 1 año desde la fecha que el formulario fue firmado.
12. En la línea para firmar, firme su nombre si es usted el paciente o el representante legal del paciente.
13. Escriba la fecha de hoy.
14. Escriba el nombre del paciente o su nombre si es usted el representante legal.
15. Escriba su relación con el paciente, en el caso de no ser usted.
16. Guarde una copia completa del formulario de Autorización para sus archivos.

Si tiene alguna pregunta acerca de su solicitud, contactar al sitio de práctica donde recibió los servicios. También puede mandar un fax de su solicitud completa al sitio donde recibió los servicios.

|  |  |
|--|--|
| <b>The Pediatric Lung &amp; Allergy Center</b><br>Phone: (703) 289-1410<br>Fax: pulm (855) 208-6095   allergy (855) 208-6277 | <b>Pediatric Surgical Group</b><br>Phone: (703) 560-2236<br>Fax: (855) 208-6018    |
| <b>Pediatric Sleep Center</b><br>Phone: (703) 226-2290<br>Fax: (855) 208-6428  | <b>Fairfax Neonatal Associates</b><br>Phone: (703) 289-1400<br>Fax: (703) 289-1414 |
| <b>MCAP</b><br>Phone: (703) 289-1400<br>Fax: (703) 289-1414  |  |