



Carolina Elite  
WOMEN'S CARE  
OBSTETRICS | GYNECOLOGY

### **Autorización de HIPAA para divulgar información médica a un Familiar**

Autorización para el uso o divulgación de información de salud protegida

Complete este formulario si desea divulgar su información médica protegida a su cónyuge, pareja, padre u otra persona o entidad. Esta autorización firmada nos permitirá hablar o divulgar su información médica a esa(s) persona(s)/entidad, como se indica a continuación.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<u>Marque cada persona/entidad a continuación que usted aprueba recibir su Información Médica, si lo solicitan.</u>	<u>Descripción de la información que se divulgará a esta(s) persona(s)/entidad aprobada.</u>
<input type="checkbox"/> Cónyuge/ Pareja  Nombre: _____	Mi cónyuge/pareja puede tener la siguiente información sobre mi atención:  <input type="checkbox"/> Registro de salud completo <input type="checkbox"/> Información financiera/de facturación <input type="checkbox"/> Solo información sobre el embarazo actual <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Padre(s)/ Tutor(es)  Nombre: _____  Nombre: _____	Mis padres pueden tener la siguiente información sobre mi atención:  <input type="checkbox"/> Registro de salud completo <input type="checkbox"/> Información financiera/de facturación <input type="checkbox"/> Solo información sobre el embarazo actual <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Otra(s) Persona(s)/Entidad  Nombre: _____  _____	La(s) persona(s)/entidad nombrada(s) puede(n) tener la siguiente información sobre mi cuidado:  <input type="checkbox"/> Registro de salud completo <input type="checkbox"/> Información financiera/de facturación <input type="checkbox"/> Solo información sobre el embarazo actual <input type="checkbox"/> Otro: _____

Por la presente, autorizo a Carolina Elite Women's Care a divulgar mi información médica protegida a la(s) persona(s)/entidad(es) aprobada(s) como se describe anteriormente. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que la práctica ya haya actuado con base en esta autorización. Entiendo que cuando mi información se usa o divulga de conformidad con esta autorización, también puede ser divulgada por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

Firma del paciente / tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (caducará en 1 año!) Relación con el paciente: \_\_\_\_\_