

Oficina de Servicios Médicos

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACION MÉDICA DE PACIENTES Y RELEVO DE RESPONSABILIDA

Yo, _____ autorizo a la Oficina de Servicios Médicos de la Universidad de Puerto Rico en _____ Nombre Estudiante

Arecibo, a divulgar información médica y personal perteneciente a mi persona obtenida como parte de mi atención como paciente en dicha facilidad médica.

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento : _____

Dirección : _____

Teléfono : _____ Número de Estudiante : _____

La información médica y personal que autorizo sea compartida con la siguiente entidad o personas. (incluir la dirección de la entidad que ha de recibir la información de salud y personal solicitada)

La información a ser divulgada autorizada es la siguiente:

- () Expediente clínico completo
() Información personal () Evaluaciones psiquiátricas
() Resultados de laboratorios clínicos correspondientes a las siguientes fechas :
() Resultados de estudios radiológicos correspondientes a las siguientes fechas :
() Notas de progreso correspondientes a las siguientes fechas :
() Otros (especificar) :

Entiendo que la información de la cual se solicita su divulgación puede estar relacionada con: (marque)

- () A.I.D.S. o infección de H.I.V. () Cuidado psiquiátrico
() Tratamiento por uso de alcohol o abuso de drogas () Otros:

Propósito o uso de la información a ser divulgada : _____

Yo expresamente relevo a la Oficina de Servicios Médicos de todo y cualquier daño que pueda mi familia o yo sufrir relacionada con el uso de la información a ser divulgada que he autorizado. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, lo cual de acontecer estoy obligado a poner en conocimiento a la Oficina de Servicios Médicos al respecto. La autorización objeto de este escrito tendrá una fecha o término de vigencia y expiración de 60 días luego de terminar la prestación de los servicios médicos que he de recibir o que estoy recibiendo en la Oficina de Servicios Médicos o en cualquier momento a mi requerimiento escrito al efecto. No obstante, si cancelo esta autorización, la misma sólo tendrá efectos prospectivos no afectando divulgaciones o actuaciones del Consultorio Médico conforme a mi solicitud y autorización de divulgación previas a esa fecha.

Firma del Paciente :
Nombre del Padre o Tutor del Paciente :
Firma del Padre o Tutor del Paciente :
Fecha :

USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN
Se entrego las copias o la información fue divulgada

Por : _____ Fecha: _____