

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD  
(Formulario de Autorización del Paciente)**

A: EMERGENCY MEDICAL SERVICES AUTHORITY  
1417 North Lansing Avenue  
Tulsa, OK 74106      Teléfono: (918) 596-3110      6205 S Sooner Rd,  
Oklahoma City, OK 73103      Teléfono: (405) 297-7110

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Nro. Seguro Social: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Pido y autorizo a EMSA a usar o divulgar la información protegida sobre mi salud, (PHI en inglés) que se encuentra a continuación:

**Información a ser usada o divulgada – Relacionada con los servicios que se realizaron durante el período:**

Desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta (fecha) \_\_\_\_\_

Descripción específica de la información a ser usada o divulgada:

Toda la información médica

Lista estipulada

Toda la información de facturación

Otra (detallar): \_\_\_\_\_

**Persona/Organización autorizada para recibir y/o usar la información:**

Nombre/Organización \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

**Propósito de la autorización.** Por favor estipule el propósito del uso o la divulgación requeridos a continuación. Si usted no desea estipular un propósito, por favor marque el cuadro "A pedido del paciente o de su representante personal"

Seguro

Legal

A pedido del paciente o de su representante personal

Otro (detallar): \_\_\_\_\_

**Derecho a revocar y fecha de vencimiento.** Entiendo que tengo el derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto que dicha revocación no se aplicará a la información ya usada o divulgada de acuerdo a esta Autorización. Entiendo que para revocar esta Autorización debo hacerlo por pedido escrito dirigido al Funcionario de Privacidad estipulado de EMSA (Vicki Lacy, Director de Cuentas de Pacientes, 1111 Classen Drive, Oklahoma City, OK 73103; Teléfono 405/297-7110). A menos que se la revoque, esta Autorización vencerá en forma automática un año después de la fecha de firma a menos que se indique alguna otra cosa (especificar otra fecha o evento de vencimiento): \_\_\_\_\_

**Divulgación adicional.** Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo a esta Autorización puede ser divulgada en forma adicional sin autorización por parte del receptor y de esa manera no estar protegida por las leyes federales de privacidad. Libero a EMSA, sus agentes y empleados de toda responsabilidad en conexión con el uso o la divulgación de la información requerida cubierta por esta Autorización.

**Costo.** Entiendo que se puede cobrar un cargo razonable para hacer copias y por gastos de correo de acuerdo a lo autorizado por la ley, y concuerdo con asumir la responsabilidad de dichos cargos ante EMSA.

**Entiendo que firmar esta Autorización es un acto voluntario y que el receptor de la información no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud, o la elegibilidad para beneficios en base al hecho de que yo firme esta Autorización, excepto de acuerdo a las estipulaciones de las leyes federales de privacidad.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (Representante personal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Autorización de firma si no es el paciente (especificar):** \_\_\_\_\_

(Si usted está firmando con poder de abogado, o como representante, ejecutor, administrador legal, etc., anexe una copia de la documentación legal que le brinda la autorización para actuar como Representante Personal del paciente).

**Sólo para uso interno de EMSA:**

Corrida no. \_\_\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_

Fecha de liberación: \_\_\_\_\_

Identidad del solicitante verificada vía:  Documento con foto  Firma idéntica  
 Otra manera

(especificar): \_\_\_\_\_

Verificado por: \_\_\_\_\_

**Esta Autorización no puede ser usada para divulgar Notas de Psicoterapia.**