

Por la presente, \_\_\_\_\_, autorizo a The Cooper Health System a utilizar la información médica  
(Nombre en letra de imprenta)  
sobre mí que se especifica a continuación, y a divulgar dicha información médica a

(Identificación del receptor, dirección, número de teléfono)  
para los siguientes fines:

Si los propósitos anteriores incluyen el uso o divulgación de su información médica para fines de mercadeo de The Cooper Health System o de otra entidad, The Cooper Health System **recibirá/no recibirá** pago, directa o indirectamente, por usar o divulgar su información médica para dichos fines de mercadeo.

**DESCRIPCIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA SUJETA A ESTA AUTORIZACIÓN**

- Fecha(s) del servicio \_\_\_\_\_
- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registro completo                                       | <input type="checkbox"/> Resumen del alta hospitalaria | <input type="checkbox"/> Consultas               |
| <input type="checkbox"/> Informes de rayos X y radiología                        | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología        | <input type="checkbox"/> Imágenes de cardiología |
| <input type="checkbox"/> Expediente del Departamento de Emergencias              | <input type="checkbox"/> Expedientes quirúrgicos       | <input type="checkbox"/> Informe(s) de patología |
| <input type="checkbox"/> Registros de tratamiento de abuso de drogas y/o alcohol | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio     |  |
| <input type="checkbox"/> Consulta de antecedentes y examen físico                | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____      |  |

Cómo le gustaría recibir los registros médicos:  CD/DVD  papel  correo electrónico \_\_\_\_\_

Esta autorización vencerá el \_\_\_\_\_ o cuando ocurra lo siguiente: \_\_\_\_\_  
(Fecha)

Esta autorización vencerá automáticamente un año después de la fecha en que se otorga. Una autorización de divulgación de registros psiquiátricos vencerá automáticamente a los 60 días a partir de la fecha en que se otorga.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, incluso si no ha vencido, dando un aviso por escrito al Director de Gestión de información de salud. Comprendo que mi revocación entrará en vigencia el día en que The Cooper Health System la reciba. También comprendo que The Cooper Health System puede, bajo determinadas circunstancias, tener un derecho continuo a utilizar o divulgar mi información médica si The Cooper Health System ya ha utilizado o divulgado la información en base a esta autorización.

Comprendo que, si proporciono esta autorización como condición de recibir cobertura de seguro, The Cooper Health System puede tener acceso a mi información médica si hay dudas sobre un reclamo que hice bajo la póliza del seguro. Comprendo que una descripción completa de otros derechos que puedo tener en relación con una revocación de esta autorización se puede encontrar en el Aviso de prácticas de privacidad de The Cooper Health System.

**Aviso para la persona que otorga esta autorización**

Si usted no otorga esta autorización, podrían retenerse tratamientos o servicios, si el tratamiento está relacionado con una investigación o si los servicios debían proporcionarse solo con el fin de crear información médica sobre usted.

Esta autorización funcionará como una exención de responsabilidad completa de The Cooper Health System, sus fiduciarios, funcionarios, agentes y empleados para la divulgación de la información como se indica arriba.

Una vez que The Cooper Health System divulga información en base a esta autorización, no tenemos control sobre el uso de la información por parte de los receptores. La persona a la que divulgamos su información puede divulgarla a otra persona y The Cooper Health System ya no podrá proteger la información.

**Autorización** Por la presente, autorizo a Cooper University Health Care a divulgar la información como se describe arriba. Comprendo que dicha divulgación puede incluir información de una naturaleza más delicada, como registros relacionados con: salud mental o conductual, trastorno por uso de sustancias (abuso de drogas o alcohol), enfermedades o pruebas genéticas, enfermedades de transmisión sexual (ETS), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y servicios de atención de salud reproductiva, incluyendo, pero no limitándose a, embarazo, anticoncepción, y terminación o pérdida del embarazo. Autorizo específicamente la divulgación de esta información confidencial de salud a la persona o institución mencionada anteriormente.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha/Hora \_\_\_\_\_

Representante autorizado \_\_\_\_\_ Fecha/Hora \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

ETIQUETA DEL PACIENTE

**AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE PHI**



DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN