



Este formulario permite al Paciente o al Representante del paciente autorizar a Men's Health Foundation Pharmacy ("Farmacia") a revelar información médica a una persona u organización que no esté autorizada por ley a recibirla, tal y como exige la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos, "HIPAA") y otras leyes de privacidad estatales y federales.

Sección 1: Información para pacientes

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono:

Sección 2: Información que se revelará

a. Autorizo la revelación de la siguiente información médica: <input type="checkbox"/> Recetas específicas: <input type="checkbox"/> Resumen de gastos médicos (lista de todos los gastos de recetas) <input type="checkbox"/> Conjunto de registros designados (registro médico completo mantenido por la farmacia)
b. Para las siguientes fechas de servicio: <input type="checkbox"/> Todas las fechas de servicio: <input type="checkbox"/> De _____ a _____

Sección 3: Destinatario y propósito

Nombre del destinatario:	Teléfono:
Nombre de la organización:	
Dirección:	
Ciudad, estado, código postal:	
El propósito de esta Autorización es:	<input type="checkbox"/> A pedido del Paciente/Representante del paciente <input type="checkbox"/> Otro (indique el motivo):

Sección 4: Consentimiento específico

a. Entiendo que mi perfil de paciente puede incluir información relacionada con el tratamiento de condiciones de salud mental, abuso de alcohol o sustancias, VIH o SIDA, enfermedades de transmisión sexual o enfermedades contagiosas . Entiendo que la información, si la hubiera, relativa a cualquiera de las condiciones descritas arriba puede revelarse. Escriba sus iniciales en la declaración que corresponda (debe escribir sus iniciales en una): _____ Autorizo la revelación de esta información específica _____ No autorizo la revelación de esta información específica
--



Sección 4: Consentimiento específico, continuación

Si autorizo la revelación de esta información específica, el destinatario tiene prohibido volver a revelar esta información sin mi autorización por escrito o la de mi representante personal, a menos que lo permita la ley federal o estatal.

Complete la siguiente sección SOLO si indicó que no autoriza la revelación de información médica específica relacionada con el tratamiento de **condiciones de salud mental, abuso de alcohol o sustancias, VIH o SIDA, enfermedades de transmisión sexual o enfermedades contagiosas.**

b. Para que la Farmacia excluya la información relacionada con el tratamiento de **condiciones de salud mental, abuso de alcohol o sustancias, VIH o SIDA, enfermedades de transmisión sexual o enfermedades contagiosas,** debo indicar los medicamentos o números de receta específicos que no deben revelarse.

Nombre del medicamento/n.º de receta	Intervalo de fechas

Nombre del medicamento/n.º de receta	Intervalo de fechas

Sección 5: Fecha de vencimiento de la autorización

Esta autorización permanecerá en vigor bajo las siguientes condiciones: (marque una opción)

- Hasta la fecha siguiente:
- Hasta que se cumpla la fecha siguiente:
- Un año a partir de la fecha de mi firma abajo indicada.

Sección 6: Firma

- a. Entiendo que la firma de esta Autorización es voluntaria. La recepción de servicios de Farmacia no estará condicionada a mi autorización de esta revelación.
- b. Entiendo que si autorizo la revelación de mi información médica a un destinatario que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, la información puede volver a revelarse y dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.
- c. Tengo derecho a revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento.



**MEN'S HEALTH
FOUNDATION
PHARMACY**

Autorización para revelar información médica

Firma del Paciente o Representante personal

Fecha de hoy

Si firmó este formulario como representante legal autorizado del Paciente, escriba su nombre en letra de molde y la relación con el Paciente abajo.

Nombre del Representante personal

**Relación con el Paciente
(padre, madre, tutor legal, etc.)**