

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE PUERTO RICO  
**DIVISIÓN DE SUMINISTRO DE INFORMACIÓN MÉDICA**  
PO BOX 2129  
SAN JUAN, PR 00922-2129

## AUTORIZACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a  
*Nombre del paciente*

\_\_\_\_\_ a solicitar información medica de mí  
*Nombre de la persona a quien se autoriza*

expediente medico, \_\_\_\_\_ ya sea a través de copias o certificado  
*Numero de Expediente*

médico para ser utilizado en \_\_\_\_\_.  
*Propósito*

Nota: Esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición \_\_\_\_\_.  
Si no especifica la misma, esta vencerá en un término de sesenta días a partir de fecha en que se firmo, a menos que sea revocada.

- Entiendo que el contenido de mi expediente medico contiene información relacionada a mi identidad, diagnósticos y tratamientos. Por tanto, esta institución queda legalmente protegida sobre la Información de Salud divulgada sobre mi persona o mi representante.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta información en cualquier momento y que ésta deberá ser por escrito y enviada a la División de Manejo de Información de Salud. No obstante, no podré solicitar que su cancelación aplique retroactivamente a información divulgada durante la vigencia de la autorización y a las gestiones de cobro de mi seguro medico. Además, estoy consciente de que la información divulgada a otros por el que la reciba y ducha divulgación no necesariamente estará protegida por las disposiciones sobre privacidad.
- Al firmar la confirmación, certifico que he leído las disposiciones de esta autorización, que las entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en la misma.
- Si usted esta firmando como Representante Autorizado del paciente deberá incluir autorización escrita y firmada por el paciente e identificación con foto al momento de recoger las copias.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente