



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE PUERTO RICO  
SUMINISTRO DE INFORMACIÓN MÉDICA

### SOLICITUD PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN

#### Sección 1

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Récord:** \_\_\_\_\_  
**Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo a la Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico a divulgar la información contenida en mi expediente.

- Hospitalizado  Ambulatorio en cualquiera de las siguientes instrucciones o servicios:  Hospital Universitario de Adultos  Hospital San Juan  Centro de Trauma  Sala de Emergencias  Clínicas Externas  Otros \_\_\_\_\_.
- Entiendo que el contenido de mi expediente médico contiene información relacionada a mi identidad, diagnósticos y tratamientos. Por tanto, ésta institución queda legalmente protegida sobre la información de salud divulgada sobre mi persona o mi representación.

#### Sección 2

• **Naturaleza de la información a ser divulgada:**

- Lo más importante del Expediente Médico** Condición: \_\_\_\_\_
- Historial y Examen Físico Fecha de Admisión.: \_\_\_\_\_ Fecha de Alta: \_\_\_\_\_
- Resumen Alta Fechas o Comentarios: \_\_\_\_\_
- Informe de Operación \_\_\_\_\_
- Reportes de Radiología e Imágenes \_\_\_\_\_
- Consultas \_\_\_\_\_
- Reportes de Patología \_\_\_\_\_
- Resultados de Laboratorio \_\_\_\_\_
- Expediente Médico Completo \_\_\_\_\_
- Sala Emergencias \_\_\_\_\_
- Notas de Progreso \_\_\_\_\_
- Clínicas \_\_\_\_\_
- La información puede incluir Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA - HIV) u otras enfermedades de transmisión sexual. \_\_\_\_\_ (**Iniciales de Paciente**)
- **Propósito para obtener el expediente médico:**
- Continuidad de tratamiento médico  Estudio,  Empleado,  Seguro,  Legal,  No deseo notificar la razón.
- Otro: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_

#### Sección 3

• **Enviar copia del expediente médico a:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_

#### Sección 4

- Nota: Esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición \_\_\_\_\_. Si no especifica la misma, ésta vencerá en un término de sesenta días a partir de fecha en que se firmo, a menos que sea revocada.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta información en cualquier momento y que esta 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 médico. Además, estoy consciente de que la información divulgada a otros por el que reciba y dicha divulgación no necesariamente estará protegida por las disposiciones sobre privacidad.
- Al firmar a continuación, certifico que he leído las disposiciones de esta autorización, que las entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en la misma.

(Nombre del Paciente) (Firma o Huella Dactilar) (Parentesco) (Fecha)

(Nombre Representante Autorizado) (Firma o Huella Dactilar) (Parentesco) (Fecha)

Comentarios: