

## AUTORIZACION DE SUMINISTRO

### ***A quien Pueda Interesar:***

Por la presente yo, \_\_\_\_\_, con fecha de  
**Nombre del paciente**

Nacimiento: \_\_\_\_\_ autorizo a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre de la persona a quien se autoriza**

a solicitar información de Salud de mí Expediente de Salud, ya  
sea a través de copias para ser utilizado para \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**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 (60) a partir de fecha  
en que se firmó, a menos que sea revocada.

- Entiendo que el contenido de mi expediente de Salud 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 al Departamento de Información de Salud. No obstante, de no poder 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 la reciba y dicha divulgación no necesariamente estar 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 está 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