

# DIVULGACIÓN COMPLETA DE INFORMACIÓN DE SALUD PARA EL TRATAMIENTO Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Al firmar este formulario, autorizo voluntariamente, doy mi permiso y permito el uso y divulgación:

DE QUÉ: TODA MI INFORMACIÓN DE SALUD, incluida cualquier información sobre afecciones sensibles (si corresponde)

DE QUIÉN: TODAS las fuentes de información

A QUIÉN: Personas u organizaciones específicas autorizadas a recibir mi información:

Nombre de la persona/organización: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona/organización: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona/organización: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

PROPÓSITO: Brindarme tratamiento médico y servicios y productos relacionados, y evaluar y mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica brindada a todos los pacientes.

PERIODO DE VIGENCIA: Este formulario de autorización/permiso permanecerá vigente hasta mi muerte o el día en que retire mi permiso.

REVOCAR MI PERMISO: Puedo revocar mi permiso en cualquier momento mediante notificación por escrito a la persona u organización mencionada anteriormente en "A quién".

Además:

- Autorizo el uso de una copia (incluida una copia electrónica) de este formulario para la divulgación de la información descrito arriba
- Entiendo que negarme a firmar este formulario no detiene la divulgación de mi información de salud que es de otro modo permitido por la ley sin mi autorización o permiso específico.
- He leído este formulario y acepto las divulgaciones anteriores de los tipos de fuentes enumeradas.

X \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Representante Legal del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma (dd/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del Representante Legal (si corresponde)