



Health Services
725 Harrison Street

Syracuse, New York 13210

Richard P. Kulak, D.O., FAAFP, Medical Director

M. Cheryl Vitaletti, Supervisor

Ph. (315) 435-4145

Fax (315) 435-4859

Autorización para Uso y Revelación de Información Medica

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Al firmar este formulario, yo autorizo _____ a dar información de salud descrita a seguir a _____

(Nombre y Dirección de Persona o Organización)

(Marque todos los que apliquen):

_____ Toda información de salud

_____ Información de salud relacionada con el siguiente tratamiento o información

_____ Información de salud para esta fecha(s) _____

_____ Otra descripción específica _____

Razón para esta autorización:

_____ A mi petición

_____ Otro (especifique) _____

La autorización expira el _____

(Fecha o descripción del evento)

Yo, entiendo que puedo reusarme a firmar esta autorización. Tratamiento, pago, inscripción a un plan de salud o elegibilidad para beneficios, no será condición en firmar una autorización de ser de esa manera seria prohibido por la ley federal y del estado. Yo entiendo que una autorización puede ser requerida para participar en investigaciones o donde se provea servicios de cuidado de salud específicamente para el propósito de crear información de salud para una tercera persona y si me rehuso a firmar una autorización esos servicios serán denegados.

Puedo revocar esta autorización por escrito. Si lo hago, no afectara acciones previas ya tomadas en confianza hacia mi autorización. No podré revocar esta autorización si el propósito fue para obtener seguro. Yo puedo revocar esta autorización por escrito y enviándolo por correo certificado, con acuse de recibo al oficial de Privacidad y el proveedor de cuidado medico señalado.

Una vez la información de salud sea dada a esta autorización, puede ser redescubierto y no podrá ser protegida por leyes de privacidad.

(Paciente/Representante legal autorizado)

(Fecha)

(Nombre)

(Relación al paciente)

Nota: Este documento deber ser parte del récord medico del paciente. Una copia de este documento debe ser entregada al paciente o a su representante autorizado.

Esta autorización debe ser firmada por el paciente.

Yo, por esto autorizo al Distrito Escolar de Syracuse a obtener información de:

Nombre de la Agencia:	Nombre de la Agencia:
Dirección:	Dirección:
Ciudad/Estado/Código Postal	Ciudad/Estado/Código Postal
Título del Personal (si lo sabe):	Título del Personal (si lo sabe):

Yo, por esto autorizo al Distrito Escolar de Syracuse a darle información de:

Nombre de la Agencia:	Nombre de la Agencia:
Dirección:	Dirección:
Ciudad/Estado/Código Postal	Ciudad/Estado/Código Postal
Título del Personal (si lo sabe):	Título del Personal (si lo sabe):