



# NEW MEXICO DEPARTMENT OF HEALTH

## AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIONES

Esta autorización permite que el Departamento de Salud (DOH) libere la información confidencial sobre la salud del paciente. La autorización puede ser cancelada. La misma perderá su validez en seis (06) meses a menos que se haya especificado otra fecha de expiración. El paciente tiene el derecho a una copia completa de la autorización. Podrá haber algún cargo financiero por copias relacionadas con esta solicitud. Si usted es una persona con una inhabilidad y requiere este formulario en una forma distinta o requiere una comodidad especial para llenarlo usted puede solicitar el auxilio del personal en cualquiera unidad del DOH (Department of Health) o al Oficial de Privacidad (Chief Privacy Officer).

*(Por favor, imprima)*

<b>PACIENTE</b>	Nombre del Paciente (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)	Fecha de nacimiento (Mes/Día/año)
	/ /	
Dirección del Paciente (Calle, No. Ciudad, Estado, Código Postal)		

1. Autorizo el uso o el acceso de la información de salud del paciente nombrado arriba según lo descrito a continuación.
2. Entiendo que cualquier información liberada puede incluir información referente a las Enfermedades Sexuales Transmisibles (SDT), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Puede también incluir la información sobre servicios de salud mental o de comportamiento, y tratamiento contra alcoholismo y el abuso de sustancias bien como información obtenida por el Departamento de Salud de Nuevo México con otros proveedores.
3. Esta autorización permite que la información sobre el paciente sea divulgada por:

- (a) La unidad del DOH, localizada en: \_\_\_\_\_
- (b) Cualquiera de las unidades del DOH en dónde la información de salud puede existir.

4. El tipo y cantidad de información a ser liberada es (incluir la fecha cuando sea conveniente):

- |                                                 |                                                    |                                      |                 |                                                 |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------|
| a.                                              | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento       | de (fecha) _____                     | a (fecha) _____ | o <input type="checkbox"/> solo la mas reciente |
| b.                                              | <input type="checkbox"/> Relación de las vacunas   | de (fecha) _____                     | a (fecha) _____ | o <input type="checkbox"/> solo la mas reciente |
| c.                                              | <input type="checkbox"/> Historia médica           | de (fecha) _____                     | a (fecha) _____ | o <input type="checkbox"/> solo la mas reciente |
| d.                                              | <input type="checkbox"/> Condiciones físicas       | de (fecha) _____                     | a (fecha) _____ | o <input type="checkbox"/> solo la mas reciente |
| e.                                              | <input type="checkbox"/> Sumario del alta          | de (fecha) _____                     | a (fecha) _____ | o <input type="checkbox"/> solo la mas reciente |
| f.                                              | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | de (fecha) _____                     | a (fecha) _____ | o <input type="checkbox"/> solo la mas reciente |
| g.                                              | <input type="checkbox"/> R-X e Imágenes            | de (fecha) _____                     | a (fecha) _____ | o <input type="checkbox"/> solo la mas reciente |
| h.                                              | <input type="checkbox"/> Informes médicos:         | de (nombre de los doctores) _____ i. |                 |                                                 |
|                                                 |                                                    | Otros: _____ j.                      |                 |                                                 |
| Instrucciones especiales o restricciones: _____ |                                                    |                                      |                 |                                                 |

5. Esta información de salud pueden ser liberada y usada por la siguiente persona u organización:

<b>ENTREGAR A</b>	Nombre de la Persona u Organización
	Dirección de la Persona u Organización
	Con el propósito de:

*(Si el paciente inicia la autorización y no declara el propósito, entonces la declaración, "por la solicitud de la persona", es adecuado.)*

6. Esta autorización expira en seis (06) meses a menos que sea especificada otra fecha aquí: \_\_\_\_\_  
(Mes/día/año)

**DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO**

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que para revocar esta autorización debo hacer esto por escrito al Oficial de Privacidad del DOH (vea dirección a continuación). Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya fue liberada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía aseguradora cuando la ley le garantiza el derecho de contestar una reclamación en mi póliza de seguro. Entiendo que esta autorización perderá su validez en seis (06) meses a menos que haya sido especificada otra fecha de expiración. Entiendo que la autorización para liberar la información es voluntaria. Puedo rechazar firmar esta autorización. No necesito firmar esta forma para recibir el tratamiento del DOH. Entiendo que puedo examinar o recibir copias de la información a ser usada o liberada en la forma prevista en 45CFR 184.524. Entiendo que cualquier acceso a la información liberada lleva el potencial para una re liberación no autorizada del receptor y que la re liberación no se puede proteger por reglas federales de confidencialidad. Si tengo alguna pregunta sobre la liberación de la información sobre mi salud, puedo entrar en contacto con el Oficial de Privacidad del DOH (vea dirección a continuación). Entiendo que tengo el derecho de limitar la información divulgada.

**Chief Privacy Officer – NM Department of Health – Office of General Counsel**  
PO Box 26110  
Santa Fe, New Mexico 87502-6110

<b>FIRMAS</b>	Firma del Paciente o su Representante Personal	Fecha (Mes/día/año)
	/ /	
	Si es firmado por el Representante, describir la relación con el Paciente	
Firma del Testiguo		Fecha (Mes/día/año)
		/ /

**SOLAMENTE PARA USO INTERNO**

Fuente de Información: \_\_\_\_\_ Identificación de Paciente: \_\_\_\_\_