



Maria Jose Vasena, MD  
330 Lafayette Ave  
Hawthorne NJ 07506  
Phone: 973-841-5112 Fax 973-826-5064  
www.hawthornepediatrics.com

## CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Individuo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA SER REVELADA: (ej: notas del doctor, resultados de laboratorio, etc.)

ESPECIFI ALGUNA OTRA INFORMACIÓN QUE NO DESEADA SEA REVELADA:

Nombre de la persona, entidad o clase de persona autorizada a revelar la información arriba solicitada: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona, entidad or clases de persona a quien la informacion va a ser revelada:

Dirección a donde la información solicitada debe ser enviada:

TÉRMINOS: Esta autorización tendrá efecto por un año desde el día de la firma al menos que otra se anote.

PROPÓSITO: Yo autorizo que mi información médica (incluyendo información altamente confidencial al menos que se especifique de otra manera) sea enviada a la Entidad o por la Entidad y puede ser usada y divulgada durante el periodo de términos de esta autorización.

Yo entiendo que una vez mi información sea divulgada, no hay garantía que la Entidad o el beneficiario no vaya a revelar mi información médica a una tercera parte. Esta tercera parte puede ser que no necesite el requerimiento de esta autorización o cualquier leyes estatales or federales aplicables para el uso y revelación de mi información médica.

Yo también entiendo que mi registro puede contener información acerca de mi salud mental, VIH/SIDA información genética, enfermedades de transmisión sexual, información sobre tuberculosis, o información en referencia a drogas y/o pruebas de alcohol o tratamiento. Al firmar esta autorización, si yo hago una petición para mi registro, Yo estoy autorizando la divulgación de cualquier información anteriormente solicitada arriba como también cualquier otra información que esté incluida en mi registro de información médica. Si yo no desearía que esta información (o alguna otra información) sea revelada, Yo haré una nota en la parte de que refiere: " ESPECÍFI ALGUNA OTRA INFORMACIÓN QUE NO DESEADA SEA REVELADA".

Yo entiendo que puede declinar a firmar or revocar esta autorización (en cualquier momento) por cualquier razón y que este rechazo or revocación no afectará el principio, continuidad o calidad de tratamiento en la Entidad o establecimiento donde la información será enviada (si así sea aplicable. Sin embargo, exceptuando si mi tratamiento en la Entidad es con el solo propósito de crear información de mi salud médica para la revelación al beneficiario indicado anteriormente en esta autorización, en este caso caso la Entidad tiene derecho a rechazar en darme tratamiento si yo no firmo la autorización. En adición, SOLO si mi tratamiento está relacionado a mi participación en un estudio de investigación, Yo entiendo que la Entidad

puede declinar tratarme si no firmo la autorización y que la misma no tendrá fecha de expiración.

Si yo deseo revocar esta autorización antes del día de la fecha indicada de finalización (la cual es un año empezando el día en la autorización es firmada al menos que se haga una nota o que mi tratamiento esté relacionado con mi participación en un estudio de investigación), Yo debo proveer una carta por escrito a la Oficina del Doctor, con atención al Oficial de Privacidad de la misma. La Revocación no tendrá validez o efecto si la Entidad ya haya tomado alguna dependencia en esta Autorización antes de que haya sido recibida la revocación por escrito.

---

Yo he leído esta Autorización and he tenido la oportunidad de hacer preguntas con respecto al uso de la divulgación de mi información médica. Con la firma que se encuentra debajo, Yo voluntariamente autorizo a la Entidad a usar y divulgar mi información médica de la manera descrita anteriormente estipulada. I voluntarily authorize the Facility to use or disclose my health information in the manner described above.

---

Firma del Paciente, o del Pariente del paciente, Guardian o Representante Fecha

Si la autorización es firmada por el pariente del paciente, guardián o representante, por favor complete lo siguiente:

---

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE

---

RELACIÓN CON EL PACIENTE

\*\*\*\*\*USTED PUEDE DECLINAR FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN\*\*\*\*\*