AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente ____ **Fecha de nacimiento** ____ **Número de expediente médico** ____

1. Por medio de la presente autorizo al Centro de Ciencias de la Salud de UNM a divulgar información contenida en mi expediente médico que se encuentra en:

Para: Nombre: ____ **Calle y número:** ____

Ciudad: ____ **Estado:** ____ **Código postal:** ____ **N.º de teléfono:** ____

N.º de fax del centro o del proveedor médico: ____

¿Desea una copia de su expediente médico en un CD/DVD? Sí / No

2. Información a ser divulgada:

3. Además, autorizo a que esta divulgación de información médica incluya información relacionada con (Si se solicitan los expedientes de los exámenes de laboratorio y/o de la salud conductual, por favor marque el "sí" y escriba sus iniciales sobre la línea en blanco)

(Firma del padre/madre/tutor legal si el paciente es de CPH/PFC&A y mayor de 14 años de edad) (Fecha)

PROHIBICIÓN DE NUEVA REVELACIÓN: El reglamento federal (42 CFR Part2) y las leyes estatales (NMSA 1978 ## 43-1-19, 32A-6A-24-2B-7 y 24-1-9.5) prohíben la posterior divulgación de información acerca de la salud mental o del trat