

**AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (ISP) Por Joseph J. Schifini, MD, LTD.**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_  
**Apellido Nombre Inicial 2o Nombre (Nombre Anterior U Otros Nombres Usados)**

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Si esta Autorización es para cualquier propósito que no sea la publicación de la ISP por motivos personales, por favor indique el propósito aquí abajo:

Autorizo la publicación del historial médico por: Joseph J. Schifini, MD, LTD  
600 S. Tonopah Drive  
Suite 240  
Las Vegas, NV 89106

Por favor publique el historial

médico solicitado a: Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: Estado C.P. \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: ( ) - \_\_\_\_\_  
Número de Fax: ( ) - \_\_\_\_\_

Autorizo expresamente el uso y la revelación de la siguiente ISP: **(Por favor proporcione una descripción detallada de los datos concretos y del período que está solicitando)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historial de Urgencias _____  | <input type="checkbox"/> Antecedentes Hospitalarios _____ |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes Clínicos _____   | <input type="checkbox"/> Informes de Radiología _____     |
| <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio _____ | <input type="checkbox"/> Películas de Radiología _____    |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de Vacunas _____ | <input type="checkbox"/> Informes de Patología _____      |
| <input type="checkbox"/> Diapositivas _____            | <input type="checkbox"/> Informes de Farmacia _____       |
| <input type="checkbox"/> Otra _____                    |   |

Esta autorización caducará el 180o día contado a partir de la fecha en que fue firmada, a menos que se especifique una fecha anterior aquí abajo:

Al firmar el presente Formulario de Autorización, entiendo que estoy autorizando a JJS para que utilicen y/o revelen mi información de salud protegida (ISP) de la manera indicada más arriba. La información que será utilizada o revelada de conformidad con el presente formulario de autorización puede incluir información relacionada con: (1) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o (2) infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), tratamiento del uso indebido de drogas o alcohol, o (3) salud mental o conductual o tratamiento psiquiátrico. Si usted está solicitando anotaciones de las sesiones de psicoterapia mantenidas por un proveedor de salud mental, será necesario llenar otro formulario de autorización. Entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento, informando a JJS mediante notificación por escrito dirigida al Joseph J. Schifini, MD, LTD, Departamento de Administración de la Información de Salud (*Health Information Management Department*), 600 S. Tonoaph Dr., Suite 240., Las Vegas, Nevada 89106, de mi intención de revocar la presente autorización. Entiendo que dicha revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier información que ya fue utilizada o revelada por JJS antes de que JJS recibiera mi notificación por escrito de revocación. Entiendo que si el receptor de la información no está sujeto a las leyes federales o de Nevada sobre la privacidad, la información revelada de conformidad con la presente autorización puede ser revelada de nuevo por el receptor y dejará de estar protegida por las leyes federales o de Nevada sobre la privacidad. La presente Autorización es voluntaria y puedo negarme a firmar este Formulario de Autorización. Entiendo que no estoy obligado a firmar este Formulario de Autorización a cambio de que el paciente reciba tratamiento de JJS.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Representante Personal Autorizado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el Paciente (Si firma un Representante Personal)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**