

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGUEZ
DECANATO DE ESTUDIANTES
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS**

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Yo _____ autorizo al Departamento de Servicios Médicos, Recinto Universitario de Mayagüez a divulgar la siguiente información de mi expediente de salud:

Nombre: _____ Núm. Expediente: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

La información a ser divulgada será:

- ☐ Copia del Expediente Médico completo ☐ Declaración Jurada (Affidavit)
☐ Historial Médico/Exámen Médico ☐ Certificado de Inmunización (P-Vac-3)
☐ Consulta(s) Médica(s) de: _____ a _____
☐ Planificación Familiar: _____
☐ Resultados Laboratorios: _____
☐ Otros: _____

Entiendo que la información de la cual solicito su divulgación es privada y confidencial, y puede estar relacionada con:

- ☐ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ☐ Cuidado Psiquiátrico
☐ Tratamiento Para Alcohol y/o Abuso de Drogas ☐ No Aplica

La autorización objeto de este escrito tendrá una fecha o término de vigencia y expiración de 60 días luego de terminar la prestación de servicios médicos que he de recibir o que estoy recibiendo en el departamento o en cualquier momento a mi requerimiento por escrito. El Departamento de Servicios Médicos, sus empleados, oficiales y personal médico están exonerados de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información antes mencionada.

Esta información se divulgará a _____ para
propósitos de: _____

Firma del Paciente Nombre Representante Legal

Testigo del Departamento Firma Representante Legal
Firmo la presente autorización hoy: _____ de _____ de _____, en Mayagüez, PR.

Persona Autorizada A Recoger Documentos Solicitados:

Nombre: _____ Parentesco: _____ ID: _____

Recibido Por: _____ Fecha: _____
☐ Paciente ☐ Otro

Uso Exclusivo del Departamento:

Cantidad de Copias Entregadas: _____ Fecha de Entrega: _____ Núm. Recibo _____
Firma del Técnico de Récores Médicos o Persona Autorizada: _____