

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

NO ES OBLIGATORIO QUE FIRME ESTE FORMULARIO. EL QUE USTED DECIDA NO FIRMAR ESTE FORMULARIO NO AFECTARÁ A SU TRATAMIENTO, ATENCIÓN MÉDICA, INSCRIPCIÓN EN PLANES DE SALUD, NI A SU ACCESO A LOS BENEFICIOS A LOS QUE DE OTRA MANERA USTED SÍ TENDRÍA DERECHO.

\_\_\_\_\_  
Nombre con letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico

**AUTORIZA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:**

Al firmar este formulario de autorización, entiendo que estoy dando mi autorización para que ETSU Health Infectious Diseases (oficina de ETSU Health para enfermedades infecciosas) divulgue mi información médica protegida (PHI), como se especifica en detalle a continuación, a:

El (la) Director(a) Ejecutivo(a), o a su equipo, del East Tennessee State University Center for Inflammation, Infectious Disease and Immunity (Centro de la inflamación, enfermedades infecciosas e inmunidad de East Tennessee State University)

*Entiendo que si la(s) persona(s) u organización(es) mencionadas anteriormente no son proveedores de atención médica, planes de salud o centros de intercambio de información sobre atención médica, los que deben seguir las normas federales de privacidad, es posible que la información de salud divulgada como resultado de esta autorización ya no esté protegida por las normas federales de privacidad y que mi información de salud sea divulgada nuevamente sin obtener mi autorización.*

**INFORMACIÓN A SER DIVULGADA**

Autorizo a que mi nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico, tal y como aparecen escritos en este formulario, sean divulgados conforme a lo descrito en este formulario de autorización.

\_\_\_\_\_  
Iniciales del  
(de la)  
paciente

Además, autorizo que mi diagnóstico de VIH/SIDA sea divulgado conforme a lo descrito en este formulario. Si bien no se divulgará ningún expediente médico por parte de la oficina de ETSU Health para enfermedades infecciosas según lo establecido en esta autorización, debido a que la participación en la Comisión Asesora de Pacientes (Patient Advisory Board, PAB) del Centro es para pacientes con VIH/SIDA, su diagnóstico se compartirá indirectamente con el (la) Director(a) Ejecutivo(a) y su equipo.

**PROPÓSITO:** El propósito de esta autorización es permitir que su proveedor de atención médica proporcione su información de contacto al (a la) Director(a) Ejecutivo(a), o a su equipo, del East Tennessee State University Center for Inflammation, Infectious Disease and Immunity (Centro para la inflamación, enfermedades infecciosas e inmunidad de East Tennessee State University) para que puedan comunicarse con usted acerca de su interés en participar en la Comisión Asesora de Pacientes del Centro.

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN**

No es obligatorio que firme este formulario. Sin embargo, su decisión de no firmar este formulario hará que no se pongan en contacto con usted para participar en la Comisión Asesora de Pacientes mencionada anteriormente. Si firma este formulario, se le entregará una copia firmada del mismo. Si firma este formulario y posteriormente cambia de opinión, puede revocar su autorización poniéndose en contacto con María Ramírez al 423-930-8337. Para revocar esta autorización, debe hacerlo por escrito enviando una carta a: María Ramírez, c/o ETSU COE 635 N. State of Franklin Rd, Johnson City, TN 37604 Su revocación no será efectiva en lo que respecta a los usos o divulgaciones de información de salud que la(s) persona(s) u organización(es) mencionadas anteriormente ya hayan realizado de acuerdo con esta autorización antes de su cancelación por escrito.

**FECHA DE VENCIMIENTO:** Esta Autorización vence al finalizar su participación en la Comisión Asesora de Pacientes del Centro.

Al firmar abajo, usted confirma que ha tenido la oportunidad de revisar lo expuesto anteriormente y que comprende el contenido de este Formulario de Autorización. Al firmar a continuación, confirma que este formulario refleja fielmente su voluntad.

Firma del (de la) paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_