



**Fundación  
Oncológica**

HIMA • San Pablo

## **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Yo, \_\_\_\_\_, número de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, he solicitado ayuda económica u otros servicios de apoyo a la Fundación Oncológica HIMA•San Pablo en relación con mi condición médica. Entiendo que la Fundación Oncológica HIMA•San Pablo necesita información sobre los servicios de salud que he recibido y sus costos para evaluar y manejar mi solicitud. Por esa razón, autorizo a que mi información de salud protegida se utilice y divulgue a la **Fundación Oncológica HIMA•San Pablo** de la siguiente manera:

1. Autorizo a la siguiente persona natural o jurídica a divulgar mi información de salud protegida: \_\_\_\_\_.

2. La información de salud protegida cuya divulgación y uso autorizo por ese medio es la siguiente: toda información y/o documentos relacionados a los servicios de salud que he recibido y sus costos relacionados, incluyendo el pago y costos de los mismos, incluyendo, pero sin limitarse a, récords médicos, notas médicas y de otro tipo, cualquier información sobre tratamiento, diagnósticos, opiniones, terapias, evaluaciones, itinerarios, altas, hospitalizaciones y de asuntos relacionados, así como documentos e información sobre admisiones, citas médicas, asistencia, estadías y/o cualquier documento relacionado que la institución a la que va dirigida esta autorización prepare y/o mantenga en el curso ordinario de los negocios.

3. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito notificándolo directamente a la Fundación Oncológica HIMA•San Pablo, siempre y cuando mi información de salud protegida no haya sido solicitada, usada y/o divulgada ya de conformidad con esta autorización. Entiendo que, una vez divulgada, la información de salud podría dejar de estar protegida.

4. Esta autorización será válida por un (1) año; y su fotocopia o copia digital debe ser considerada tan válida como el original y podrá ser utilizada para los mismos propósitos que la original.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

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

*Uso interno solamente*  
Solicitud número: \_\_\_\_\_