

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Promise Community Health Center

33 4th St. NW, Sioux Center, IA 51250

Fecha: _____ Número de teléfono: (712) 722-1700 Fax: (712) 722-1770

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo autorizo a Promise Community Health Center para divulgar cualquier información, incluyendo diagnósticos y registros de cualquier tratamiento o examinación rendido a mí. Además, también autorizo la divulgación de la información de retorno a Promise Community Health Center a la persona de referencia, agencia u otra entidad que se enumera a continuación.

Nombre de la Persona o Institución _____

Dirección Postal Completa/Calle/PO Box _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Número de Teléfono _____

Numero de Fax _____

Marque la información que se divulgará – La información se limita a dos (2) años anteriores, a menos que se solicite lo contrario.

- Registro de nacimiento, resultados metabólicos y auditivos Mamografía _____
- Electrocardiograma, ECG (más reciente) Tomografía computada/Imágenes por resonancia magnética
- Notas de progreso/Visitas al médico – Rango de fechas: _____ (dos años anteriores si no especificado)
- Resultados de laboratorio – Por favor, especifique el tipo y fecha: _____
- Registros Dentales
- Otro- Por favor, especifique el tipo y fecha: _____

De la siguiente manera:

- Correo Fax Otro _____
- Quien recogerá las copias _____

Según mi solicitud, la razón por la divulgación de la información es la siguiente:

- Copia para sí mismo Referencia Transición de Cuidado Seguro Médico Legal
- Otro (por favor especifique) _____

Autorización específica para divulgar la información protegida por la ley estatal o federal

Autorizo la divulgación de la información que figura a continuación, que exige el consentimiento específico de acuerdo con la ley federal o estatal.

(Debe poner sus iniciales en cualquier categoría que pueda ser divulgada)

Abuso de Sustancias _____ Salud Mental _____ Información relacionada con el VIH _____

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo cancelar este consentimiento para divulgar información cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito a Promise Community Health Center. Entiendo que cualquier comunicado que se hizo antes de mi cancelación en cumplimiento de la presente autorización no constituye una violación de mis derechos a la confidencialidad. La divulgación no autorizada y una vez se revele información puede no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que puedo revisar la información divulgada o hacer preguntas poniéndome en contacto con Promise Community Health Center. Una fotocopia o un fax de esta autorización es tan válida como la original.

Entiendo que Promise Community Health Center no puede requerir que llene este formulario, como condición de tratamiento. Sin embargo, cuando la prestación de servicios es el único fin de crear un informe médico (información de salud protegida) para un tercero, al negarse a firmar puede resultar en la negación de esos servicios.

Este acuerdo se vencerá en un (1) año a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocado previamente o se indique lo contrario.

Firma de Paciente o Representante Legal

Fecha

Relación si no es el Paciente

Firma del testigo/enfermera

Esta información ha sido revelada a usted de registros protegidos por normas de confidencialidad federales (42 CFR part. 2). Las reglas federales prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que más divulgación este expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o contrario permitida por 42 CFR part. 2. Una autorización general para la liberación del médico o de otro tipo de información no es suficiente para ello. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información penalmente investigar o juzgar a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

Únicamente para el personal:

- Records Given Records Needed

Notes for Medical Records Specialist: