PROMISE COMMUNITY HEALTH CENTER
• mental health •

33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente, autorizo a Promise Community Health Center a divulgar cualquier información, incluyendo diagnósticos y registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya proporcionado. Además, también autorizo la divulgación de información a Promise Community Health Center por parte de la persona que me refirió, agencia u otra entidad que se indica a continuación.

Nombre de la Persona o Institución Número de Teléfono

Dirección Postal Completa/Calle/PO Box Ciudad Estado Código Postal

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 ☐ 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 especifico de acuerdo con la ley federal y 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 en 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, al 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/enfermero/a