



Autorización para Usar y Divulgar Información de Salud Protegida

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Medical Record # _____

Dirección: _____

Teléfono _____ Dirección de Correo Electrónico _____

Yo, _____, autorizó **Pueblo Community Health Center, Inc.**, de **Liberar / Recibir** mi expediente medico
(Paciente o Representante Legal) (Circule Uno)

Para / De (Circule Uno)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Sólo la siguiente información específica: Otro _____ **Fecha (s) de Servicio:** _____

O:

Todo el Expediente Médico y para fecha (s) especificadas para servicios: De: _____ Hasta: _____
("Presente" es igual de la fecha de su firma)

Salud de Comportamiento y para fecha (s) especificadas para servicios: De: _____ Hasta: _____
("Presente" es igual de la fecha de su firma)

Dental y para las fecha (s) especificadas para servicios: De: _____ Hasta: _____
("Presente" es igual de la fecha de su firma)

Información debe ser liberado por: Papel Electrónico

Entiendo que la información revelada de acuerdo con esta autorización puede incluir la información que se relaciona con lo siguiente, **a menos que específicamente restringido a continuación:**

- Psicológico/condiciones psiquiátricas
- Abuso de drogas y/o alcohol diagnóstico y/o tratamiento
- Diagnóstico del VIH/SIDA y/o pruebas
- Diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual y/o pruebas
- Pruebas genéticas

Liste cualquier restricción: _____

El propósito de la divulgación es: _____

Re divulgación de Información: Entiendo que dé en cuanto se divulga información de acuerdo con esta autorización con el Acto de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro médico de 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. Partes 160 and 164, protegiendo la información de salud puede no aplicarse al destinatario de la información y, por lo tanto, no puede prohibir al destinatario de volver a divulgarla. Otras leyes, sin embargo, pueden prohibir la revelación.

Derecho a Negarse de Firmar esta Autorización: Tengo entendido que en general la(s) persona(s) y/o organización(s) mencionadas a quién autorizo para usar y/o revelar que mi información puede no condicionar mi tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios de atención médica sobre mi decisión a firmar esta autorización.

Derecho de Revocar: Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto En la medida en que se han tomado medidas con la confianza, o a menos que den esta autorización como una condición de obtener la cobertura de seguro médico Y el asegurador tiene el derecho legal para impugnar la política o una reclamación bajo la política. Para revocar esta autorización, proporcionaré al oficial de privacidad en el anterior listado oficina del proveedor médico y de salud con una revocación escrito.

Derecho a Inspeccionar: Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la información de la salud que he autorizado a ser utilizada o divulgada por esta forma de autorización.

Derecho de Recibir una Copia de Autorización: Entiendo que si estoy de acuerdo en firmar esta autorización, me deben proveer con una copia firmada de esta forma si lo solicito.

Fecha de Expiración: Esta autorización está en efecto hasta _____ (Entiendo que a menos que proporcione una revocación escrita en una fecha antes esta autorización se vencerá en un año).

Firma del Paciente o Representante(s) legal(es): _____ **Fecha:** ____/____/____

(Nota: Si el paciente es un hijo menor de edad, se puede requerir que ambos padres firmen)

Nombre(s) en letras de Imprenta: _____ Relación al Paciente: _____
(Si firmado por otro(s) que el Paciente)

MR Clerk _____