

Autorización Para Liberar Información De Salud Protegida

Autorizo Family & Industrial Medical Center para liberar/solicitar copias de mi Información de Salud Protegida descrito a continuación:

<input type="checkbox"/> Liberar A: Nombre: _____ Dirección: _____ Tel/Fax: _____	<input type="checkbox"/> Solicitar De: Nombre: _____ Dirección: _____ Tel/Fax: _____
---	--

***Para el propósito de:**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Continuación de Atención Médica | <input type="checkbox"/> Transferencia de Atención Médica | <input type="checkbox"/> Propósitos Legales |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social/Discapacidad | <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Registros Personales del Paciente |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | | |

***Esta información se limita al siguiente tipo y cantidad de información. (Utilize fechas cuando sea apropiado).**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> Informes de Consultación | <input type="checkbox"/> Registros de Inmunización |
| <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio, Patología | Desde/Hasta _____ | <input type="checkbox"/> Todos los registros de los últimos 2 años |
| <input type="checkbox"/> Informes de Radiología/Imágenes | Desde/Hasta _____ | <input type="checkbox"/> Todos los registros para transferencia atención |
| <input type="checkbox"/> Registros Médicos Relacionados a Radiografías de Lesiones _____ | <input type="checkbox"/> Otro: (Físico para trabajo, Detección de Drogas) _____ | |

****Divulgación Que Requiere Consentimiento Especial****

*Mi firma abajo autoriza la liberación de información de atención médica relacionada con la prueba diagnóstico o tratamiento para:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Registros Psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Información de Enfermedades de Transmisión Sexual | <input type="checkbox"/> Registros de Tratamiento de Alcohol y/o Abuso de Drogas |

Paciente/Representante de Paciente: _____ Relación (si no paciente): _____

* Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que mi revocación debe ser por escrito y presentada al Departamento de Administración de Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ha sido liberada en respuesta a la autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de aseguradora cuando la ley proporciona mi asegurador el derecho de consentir una reclamación bajo mi póliza. A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición.

*** Si yo no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización expirará en 6 meses desde la fecha de la firma.**

* Ni tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad para beneficios estarán condicionados en mi suministrar o negar de proporcionar esta autorización. Entiendo que pudeo inspeccionar o copiar la información que va ser usada o liberada, según lo provisto en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo la posibilidad de re-divulgación no autorizada y la información quizá no este protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información de salud, puedo ponerme en contacto con el Director de Información de Salud. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

_____/_____/_____()
Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento Firma del Paciente Número de Teléfono

_____/_____/_____
Nombre del Representante Autorizado Firma del Representante Autorizado **Fecha de la Firma**