

AUTORIZACION PARA USAR O DIVULGAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Agencia de Autorizacion: _____ Agencia Numero de Fax: _____

Agencia Numero de Telefono: _____ para divulgar la siguiente informacion:

INFORMACION ACERCA DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

INFORMACION SOLICITADA

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todos registros pertinentes (incluye todos) <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Consulta | <input type="checkbox"/> Historia y fisico <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Lista de medicamento <input type="checkbox"/> Patologia | <input type="checkbox"/> Discharge Instructions <input type="checkbox"/> Evaluaciones <input type="checkbox"/> Radiografias <input type="checkbox"/> Informe operativo <input type="checkbox"/> EKG reporte | <input type="checkbox"/> Registro de Facturacion <input type="checkbox"/> Radiografias <input type="checkbox"/> Recomende Alta <input type="checkbox"/> Lista de problema | <input type="checkbox"/> Reporte de Rayos X <input type="checkbox"/> ER reporte |
|--|---|---|--|--|

PROPOSITO

Personal Cuidado Medico Otro (especifique)

INFORMACION SERA DIVULGADA A:

| | | |
|--|-----------------------------|------------------------|
| Empresa, Persona, Fondo: Desert Senita Community Health Center 410 N. Malacate St. Ajo, AZ 85321 | Telefono: (520) 387-5651 | Fax: (520) 387-6036 |
|--|-----------------------------|------------------------|

RECONOCIMIENTO

Entiendo que la información en mi expediente de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, infección de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras enfermedades transmisibles, la salud del comportamiento / Atención Psiquiátrica, el tratamiento de alcohol y / o abuso de drogas y las pruebas genéticas; mi firma autoriza la divulgación de dicha información.

Puedo negarme a firmar este formulario de autorización. Entiendo que Desert Senita no condicionará o negar el trato en mi firma de esta autorización.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, decido en la medida en que ya se ha tomado esa acción basada en esta autorización. Aviso de Prácticas de Privacidad del Desert Senita explica el proceso de revocación, el cual incluye una solicitud por escrito. A menos que revoque esta autorización anterior, que **vencerá a los 12 meses** desde la fecha de la firma o como se especifica:

Entiendo que, si esta información es revelada a un tercero, la información puede no estar protegida por las regulaciones federales, estatales y puede ser revelada por la persona u organización que recibe la información.

Libero Desert Senita, sus empleados y agentes, miembros del personal decido, y socios de negocios de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en el presente decido.

 Firma del paciente Fecha: _____

Al decido los registros decido como el agente designado, en firmar abajo, doy fe de que la continua incapacidad del paciente por encima de tomar o comunicar decido de atención médica.

 Firma del Representante Legal Relación con el Paciente Fecha: _____
 o Descripción de la autoridad para actuar en nombre del paciente

| |
|--|
| For Healthcare Use Only: |
| Employee completed/reviewed form with patient: _____ |
| Date Received: _____ |
| Date Sent: _____ |
| ID Verified: _____ |

