

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nota: Puede haber un cargo monetario asociado con la copia de sus archivos

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Número de teléfono: (_____) _____

La persona sobredicha autoriza la siguiente información para ser divulgada o pedida por representantes de Los Centros Comunitarios de Salud Open Door.

Yo por este medio, autorizo:

Nombre de persona o instalación.

Domicilio

Ciudad Estado Código postal

(_____) (_____)

Número de teléfono Número de fax

Envié los archivos a:

Y/O

Discuta la información con:

Nombre de persona o instalación.

Domicilio

Ciudad Estado Código postal

(_____) (_____)

Número de teléfono Número de fax

INDIQUE CUÁLES ARCHIVOS

Ponga marca en la caja e inicie para especificar el tipo de información que puede ser divulgada.

a. Toda la información sobre la evaluación, el diagnóstico, y el tratamiento de mi condición, preocupación, o enfermedad. _____ (Inicial);

Solo los siguientes archivos tienen mi autorización (indique cuales y las fechas) _____ / _____ (Inicial)

b. Yo específicamente autorizo divulgar la siguiente información (inicie donde es apropiado):

_____ Tratamiento de salud mental

_____ Tratamiento o condición de VIH/SIDA

_____ Tratamiento de uso/abuso de alcohol y drogas

c. El recipiente puede usar la información médica autorizada en este formulario para lo siguiente:

Coordinación de cuidados Otro _____

DURACIÓN:

Esta autorización estará en efecto de inmediato y permanecerá en efecto por un año desde el día de la firma a menos que otra fecha sea especificada aquí ____/____/20____.
DATE

PARA CANCELAR ESTA AUTORIZACIÓN:

Usted o su representante pueden cancelar esta autorización con solicitar por escrito. Si usted cancela esta autorización, no afectara la información divulgada antes de procesar su solicitud por escrito para cancelar.

MIS DERECHOS

- Usted tiene el derecho de revisar la información que autoriza para divulgar. Este y otros derechos específicos sobre el manejo de su información médica se encuentran en el documento Aviso de las prácticas de privacidad de Los Centros Comunitarios Open Door. El quien recibe la información que usted autoriza para divulgar o revelar, podría divulgar o revelar su información de nuevo. Puede ser que esos tipos de revelaciones no estén prohibidos por la ley.
- Usted se puede negar a firmar esta autorización. Esta denegación no cambiara su habilidad para obtener atención medica excepto en cual manera que la información pedida podría ayudar a su proveedor de salud para determinar el tratamiento adecuado para usted. Su decisión de firmar esta autorización no tendrá ningún efecto con su elegibilidad para beneficios.
- Usted tiene el derecho de recibir una copia de este formulario de autorización.

FIRMA

Imprima su nombre: _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/20____
(Padre/Representante legal)

Si no fue firmado por el paciente, indique la relación al paciente: _____

CARGOS POR SERVICIO

Si los archivos son para su uso personal, tiene derecho a una copia de su información médica personal gratis. Copias adicionales para usted, y divulgaciones adicionales para usted u otras personas e instituciones pueden ser que tendrán un costo razonable (controlado por la ley estatal y federal) Costo normal: \$15.00 por servicio, además \$0.25 por página.

Mailed _____

Faxed _____

Picked up by Patient _____