

Autorización de Liberación de Información de Salud Protegida

Información De paciente:	Nombre Legal: _____ FDN: _____ Dirección: _____ # de Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____ Otro nombre o de Soltera: _____ NSS#: _____
Proveedor Quien tiene Su información Médica:	Proveedor/Facilidad: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP : _____ Teléfono: _____ Fax: _____
Liberar información A:	Proveedor/Facilidad: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
Información clínica a ser Revelada:	<input type="checkbox"/> Notas de Oficina <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Reportes de Patología <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio <input type="checkbox"/> Archivo de Vacunas <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología <input type="checkbox"/> Todo el Archivo Clínico <input type="checkbox"/> Otro: _____
Limitar Archivo	Periodo de Tiempo: _____ A: _____
Propósito de Liberación:	<input type="checkbox"/> Solicitud del Paciente <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Reclamación de Seguro <input type="checkbox"/> Consulta/Referido <input type="checkbox"/> Transferir a Doctor Nuevo <input type="checkbox"/> Otro: _____
Revocación:	Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mandando notificación por escrito a la Facilidad de Salud/Proveedor notificado arriba. Yo entiendo que cualquier información revelada antes de mi revocación en cumplimiento con esta autorización no constituirá incumplimiento con mis derechos a privacidad.
Autorización:	Yo por la presente autorizo la Facilidad mencionada arriba/proveedor, a divulgar información medica concerniendo al paciente mencionado arriba a la parte identificada en la sección titulada "Libere Información A". Yo entiendo que la información a ser revelada puede incluir información concerniente a tratamiento de salud mental, alcohol y uso de drogas, VIH, y SIDA. Yo entiendo que una vez que la información es revelada, podría ser sujeta a re-liberación por el recipiente y podría no estar protegida más. Además entiendo que me puedo rehusar a firmar esta autorización y que mi negativa no afectara mi habilidad a obtener tratamiento, pago, o mi elegibilidad de beneficios. _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Firma del Paciente o Representante Fecha </div> _____ Si es firmado por representante, por favor mencione autoridad para actuar en beneficio de el paciente *Esta autorización caducara al año de la fecha que se firmó. *Yo entiendo que no se requiere mi firma de autorización si no deseo revelar mi archivo médico.
Solo para Uso de Oficina:	Método de Liberación: <input type="checkbox"/> Por Fax: _____ ID Verificada: _____ <input type="checkbox"/> Recogido en : _____ # De Paginas: _____ <input type="checkbox"/> Por correo a: _____ Liberados por: _____