

## Pedido/Authorización para la Divulgación de Información Protegida de la Salud

Paciente G#:	
Paciente C#:	
ID verificada po	r:

Identificación del paciente    Ciudad/Estado/Código postal:		1		
Ciudad/Estado/Código postal: Apellido de soltera: NSS: ***-***  Proveedor que tiene su información médica Teléfono:	Identificación	Nombre:	Fecha de nacimiento:	
Proveedor que tiene su información médica    Proveedor/Facilidad:	del paciente			
Proveedor que tiene su información médica   Dirrección:   Ciudad/Estado/Código postal:   Fax:				
Proveedor que tiene su información médica   Dirrección:   Ciudad/Estado/Código postal:   Fax:		Apellido de soltera:	NSS: ***-**-	
que tiene su información médica Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: Fax:  Divulgar la información a: Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: Fax: Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: Fax: Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: Fax:  Mamografías  Mamografías    Yo le doy mi permiso al Distrito de Hospitales de Grand River para obtener mis mamografías anteriores y resultos, para obtener cualquier resultado de los examines que incluyen (pero no excluyente a) el ultrasonido o resultos de la biopsia.  Información para divulgar:   Historia y Médico físico   Visita a la sala de emergencias   Visita(s) a la clínica   Informe operativo/procesal   Informes radiológicos; CT MRI US X-Ray   Peliculas de radiología   Peliculas de radiología   Informe de patología   Peliculas de radiología   Peliculas de radiología   Totro   Facturación   Tacapía (PT/OT)   Facturación   Facturación   Carapía (PT/OT)   Facturación   Facturación   Carapía (PT/OT)   Facturación   Facturación   Carapía (PT/OT)   Facturación   Carapía (PT/	Proveedor			
información médica    Ciudad/Estado/Código postal:	que tiene su	Dirrección:		
Divulgar la información a:    Nombre/Facilidad:   Dirrección:   Ciudad/Estado/Código postal:   Teléfono:   Fax:		Ciudad/Estado/Código postal:		
Divulgar la información a:    Nombre/Facilidad:   Dirrección:   Ciudad/Estado/Código postal:   Teléfono:   Fax:		Teléfono:	Fax:	
la información a:    Dirrección:   Ciudad/Estado/Código postal:   Teléfono:   Fax:	Divulgar	Nombre/Facilidad:		
Ciudad/Estado/Código postal:		Dirrección:		
Mamografías		Ciudad/Estado/Código postal:		
Wole doy mi permiso al Distrito de Hospitales de Grand River para obtener mis mamografías anteriores y resultos, para obtener cualquier resultado de los examines que incluyen (pero no excluyente a) el ultrasonido o resultos de la biopsia.    Información		Teléfono:	Fax:	
Información para divulgar:    Historia y Médico físico	Mamagrafías			
Información para divulgar:    Historia y Médico físico	Mainogranas			
Información para divulgar:    Historia y Médico físico   Visita a la sala de emergencias   Visita (s) a la clínica   Informe operativo/procesal   Informes radiológicos; CT MRI US X-Ray   Películas de radiología   Delículas de la firma o en:   Legal   Dotro   Delículas de radiología   Delículas de radiología   Delículas de la firma o en:   Delículas de radiología   Delículas de la firma o en:   Delículas de radiología   Delículas de la firma o en:   Delículas de radiología   Delículas de la firma o en:   Delículas de la firma o en:   Delículas de radiología   Delículas de la firma o en:   Del			ch (pero no excluyente a) el uni asomido o resultos de	
para divulgar:    Resumen de la alta médica   Visita(s) a la clínica   Informe operativo/procesal   Informe se radiológicos; CT MRI US X-Ray   Películas de radiología   Dinforme de patología   Películas de radiología   Dinformes de laboratorio   Otro   Facturación   Facturación   Período de tiempo de:	T. C. 1/			
Informe operativo/procesal				
Informe de patología	para divulgar:			
Informes de laboratorio				
Limitar los registros a:  Período de tiempo de: a				
Limitar   Período de tiempo de: a				
Propósito		La terapia (F1/O1)		
Propósito	Limitar	Período de tiempo de:	a	
de divulgar:    Reclamación del seguro   Otro     Transferencia de registros al nuevo médico o consultor - continuación del ciudado     Fecha de CADUCIDAD:   Esta autorización caducará en un año después de la fecha de la firma o en:	los registros a:	En consideración del diagnóstico específico o el tratamiento o	de:	
de divulgar:    Reclamación del seguro   Otro     Transferencia de registros al nuevo médico o consultor - continuación del ciudado     Fecha de CADUCIDAD:   Esta autorización caducará en un año después de la fecha de la firma o en:	Propósito	□ A petición del paciente	□ Legal	
Transferencia de registros al nuevo médico o consultor − continuación del ciudado  Fecha de CADUCIDAD: Esta autorización caducará en un año después de la fecha de la firma o en:				
Continuación del ciudado  Fecha de CADUCIDAD: Esta autorización caducará en un año después de la fecha de la firma o en:	47 417 418411			
Revocación  Yo entiendo que puedo reovocar esta autorización en cualquier momento por enviar un aviso escrito al proveedor/facilidad de ciudado médico anotado por arriba. Entiendo que cualquiera publicación hecha antes de mi revocación en el cumplimiento de esta autorización no constituirá una violación de mis derechos a la privacidad.  Autorización  Yo por la presente autorizo la facilidad/proveedor por arriba a divulgar información médica relativa al paciente nombrad por arriba a la parte identificada en la sección titulada "Divulgar la información a."  Yo entiendo que es posible que la información que se publicará contenga información con respecto al tratamiento de tras				
ilidad de ciudado médico anotado por arriba. Entiendo que cualquiera publicación hecha antes de mi revocación en el cumplimiento de esta autorización no constituirá una violación de mis derechos a la privacidad.  Autorización  Yo por la presente autorizo la facilidad/proveedor por arriba a divulgar información médica relativa al paciente nombrad por arriba a la parte identificada en la sección titulada "Divulgar la información a."  Yo entiendo que es posible que la información que se publicará contenga información con respecto al tratamiento de tras	Fecha de CADUCIDAD:	Esta autorización caducará en un año después de la fecha de la firma o en:		
ilidad de ciudado médico anotado por arriba. Entiendo que cualquiera publicación hecha antes de mi revocación en el cumplimiento de esta autorización no constituirá una violación de mis derechos a la privacidad.  Autorización  Yo por la presente autorizo la facilidad/proveedor por arriba a divulgar información médica relativa al paciente nombrad por arriba a la parte identificada en la sección titulada "Divulgar la información a."  Yo entiendo que es posible que la información que se publicará contenga información con respecto al tratamiento de tras	Pevocación			
cumplimiento de esta autorización no constituirá una violación de mis derechos a la privacidad.  Autorización  Yo por la presente autorizo la facilidad/proveedor por arriba a divulgar información médica relativa al paciente nombrad por arriba a la parte identificada en la sección titulada "Divulgar la información a."  Yo entiendo que es posible que la información que se publicará contenga información con respecto al tratamiento de tras	Revocación			
Autorización  Yo por la presente autorizo la facilidad/proveedor por arriba a divulgar información médica relativa al paciente nombrad por arriba a la parte identificada en la sección titulada "Divulgar la información a."  Yo entiendo que es posible que la información que se publicará contenga información con respecto al tratamiento de tras				
por arriba a la parte identificada en la sección titulada "Divulgar la información a."  Yo entiendo que es posible que la información que se publicará contenga información con respecto al tratamiento de tras	A		-	
Yo entiendo que es posible que la información que se publicará contenga información con respecto al tratamiento de tras	Autorizacion			
Yo entiendo que es posible que la información que se publicará contenga información con respecto al tratamiento de tras tornos mentales, el uso de alcohol y drogas, y información relativa a VIII (virus de la inmuno deficiencia humana) y SID.		por arriba a la parte identificada en la sección titulada "Divulgar la información a."		
tornos mentales, el uso de alcohol y drogas, y información rolativa a VIII (virus de la inmunadeficiencia humana) y CID.				
		to entiendo que es posible que la información que se publicará contenga información con respecto al tratamiento de tras-		
		(síndrome de inmunodeficiencia adquiridia).		
(sindrome de inmunodenciencia adquiridia).		(sindrome de inmunodenciencia adquiridia).		
Vo entiento que es posible que la información sea sometida a la divulgación por el destinatario otra vez y pueda no estar		Yo entiento que es posible que la información sea sometida a la divulgación por el destinatario otra vez y pueda no estar		
ya protegida.				
7 a protegram.				
Además, yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi capacidad de		Además, vo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi capacidad de		
obtener tratamiento o el abono o mi elegibilidad para prestaciones sociales.				
		1 Motorio		
Firma del Paciente o Representante:		Firma del Paciente o Representante:		
Fecha:				
		**Si firmado por el representante, por favor declare Ud. la autorización en nombre del paciente.		
Yo entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización si no quiero divulgar mis registros médicos.				
*Una fotocopia/fax de esta autorización será tratado de la misma manera que una original*				
** Grand River Health – HIM/Departamento de registros médicos: Fax # 970-625-2752 Teléfono # 970-625-6412 **				

Comments:	
	Initial