



Autorización Para Divulgar Información Protegida De La Salud

Información Del Paciente:	Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Dirección: _____ # de Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ NSS: _____ Nombre utilizado anteriormente/Apellido de soltera: _____														
Proveedor Que Tiene Su Información Médica:	Proveedor/Centro Medico: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____														
Liberar Información A:	Proveedor/Centro Medico: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____														
Tomas de Mamografía:	<input type="checkbox"/> Yo autorizo que el Hospital Grand River obtenga mis tomas/resultados y también obtenga cualquier resultado de tomas posteriores, incluyendo, pero no exclusivo a resultados de ultrasonidos o resultados de biopsias.														
Información Clínica Que Debe Ser Revelada:	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Historial & Físicos</td> <td><input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Resúmenes de alta de Hospital</td> <td><input type="checkbox"/> Reportes de Terapia física/ocupacional</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Reportes operaciones/procedimientos</td> <td><input type="checkbox"/> Tomas de Radiografía: Lista</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Reportes de Radiología: CT, MRI, US, Rayos-X</td> <td><input type="checkbox"/> Visitas Clínicas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Visitas al Cuarto de Emergencia</td> <td><input type="checkbox"/> Facturación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Reportes de Patología</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Historial & Físicos	<input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Resúmenes de alta de Hospital	<input type="checkbox"/> Reportes de Terapia física/ocupacional	<input type="checkbox"/> Reportes operaciones/procedimientos	<input type="checkbox"/> Tomas de Radiografía: Lista	<input type="checkbox"/> Reportes de Radiología: CT, MRI, US, Rayos-X	<input type="checkbox"/> Visitas Clínicas	<input type="checkbox"/> Visitas al Cuarto de Emergencia	<input type="checkbox"/> Facturación	<input type="checkbox"/> Reportes de Patología		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Historial & Físicos	<input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio														
<input type="checkbox"/> Resúmenes de alta de Hospital	<input type="checkbox"/> Reportes de Terapia física/ocupacional														
<input type="checkbox"/> Reportes operaciones/procedimientos	<input type="checkbox"/> Tomas de Radiografía: Lista														
<input type="checkbox"/> Reportes de Radiología: CT, MRI, US, Rayos-X	<input type="checkbox"/> Visitas Clínicas														
<input type="checkbox"/> Visitas al Cuarto de Emergencia	<input type="checkbox"/> Facturación														
<input type="checkbox"/> Reportes de Patología															
<input type="checkbox"/> Otro: _____															
Limitar Archivo:	Periodo de Tiempo: _____ A: _____ Sobre diagnosis o tratamiento específico de: _____														
Propósito De Liberación:	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Solicitud del Paciente</td> <td><input type="checkbox"/> Legal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Reclamación de Seguro</td> <td><input type="checkbox"/> Otro:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Transferir a Doctor</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nuevo/Consulta- continuidad de atención</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Solicitud del Paciente	<input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Reclamación de Seguro	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Transferir a Doctor		Nuevo/Consulta- continuidad de atención							
<input type="checkbox"/> Solicitud del Paciente	<input type="checkbox"/> Legal														
<input type="checkbox"/> Reclamación de Seguro	<input type="checkbox"/> Otro:														
<input type="checkbox"/> Transferir a Doctor															
Nuevo/Consulta- continuidad de atención															
Revocación:	Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mandando notificación por escrito a la Centro Medico/Proveedor mencionado 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:	<p>Por la presente yo autorizo que el centro médico/proveedor mencionado arriba revele información médica acerca del paciente mencionado arriba, al centro médico/proveedor identificado en la sección "Liberar Información a". Yo entiendo que la información revelada pueda incluir información sobre tratamiento de la salud mental, uso de alcohol/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. Además, entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización y que mi negación no afectara mi habilidad de obtener tratamiento, pago, o mi elegibilidad de beneficios.</p> <p align="center"> _____ Firma Del Paciente o Representante </p> <p align="right"> _____ Fecha </p> <p>Si es firmado por representante, por favor mencione autoridad para actuar en beneficio del 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.</p>														

Una fotocopia/fax de esta autorización será tratada de la misma manera que un original

Departamento de Records Médicos de Grand River Health: # de Fax. 970-625.2752 # de Teléfono. 970-625-6412

Comentarios: _____

Iniciales: _____