

Autorización para la divulgación de información protegida



Información del Paciente:

Nombre (Primer, Segundo, Apellido): _____ Nombres usados previamente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Yo autorizo a Open Door Health Center para **Intercambiar con** **Divulgar a** **Obtener de**

Nombre de agencia o individuo: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Propósito para divulgar la información:

Tratamiento/Seguimiento Transferencia de Cuidado (Cambio de Proveedor) Personal Propósito Legal

Determinación de discapacidad Seguro Otro: _____

Información Solicitada: Divulgar Vía: Todo Escrito Verbal

Expedientes de los últimos 2 años Rango de fechas que abarca: _____ Fecha requerida: _____

Notas Medicas/Procedimientos Historial/Físico Notas del hospital Resumen del Alta Hospitalaria

Informes de Laboratorio y Patología Registro de vacunas Informes de cirugía quirúrgicas

Informes de Radiología Citas/Planificación Declaraciones de facturación Electrocardiogramas

Informes Dentales Todos y Cada Uno de los Registros Otro: _____

Psiquiatría Dependencia química Servicios conductuales _____

**La ley estatado y federal protege la siguiente información. Si esta información aplica a usted, por favor indique si desea que divulguemos/obtenemos esta información (incluya fechas donde sea necesario):*

Registros de abusos de alcohol, drogas u otras sustancias: Sí No Fechas: _____

Pruebas y resultados del VIH Sí No Fechas: _____

Registros de servicios conductuales Sí No Fechas: _____ Registros de psiquiatría Sí No Fechas: _____

- Esta autorización es válida por un año después de la fecha de la firma.
- Puedo terminar esta autorización por escrito en cualquier momento. Una terminación no cambiará las entregas que ocurrieron antes de que se notifique la finalización. La terminación por escrito de la autorización debe ser entregada al Departamento de Registros Médicos, junto con cualquier pregunta relacionada con la autorización.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria. Puedo rehusar firmar esta autorización. No necesito firmar esta autorización en orden de recibir tratamiento médico.
- La información utilizada o divulgada en conformidad con esta autorización puede ser sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal.
- Una fotocopia de esta autorización se puede procesar como la original.
- Mi firma indica que he leído y entendido este formulario y autorizo la divulgación de la información que se describe arriba.

Paciente (18 años para arriba) Padre del menor Tutor legal

**Si el paciente tiene 17 años de edad o menor, un padre del paciente o el tutor legal debe de firmar este formulario.*

**Si es paciente de servicios conductuales y tiene 16 años o 17 años de edad, ambos el paciente y los padres/tutor legal deberá firmar y fechar este formulario.*

Firma de Padre	Nombre en Letra de Molde	Fecha
Firma de Padre/Tutor Legal	Relación con el Paciente	Fecha