AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Paciente	Nombre: _____ Nombre(s) Anterior(es): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____Estado: ____ Código Postal: _____
	Open Door Health Center Phone: 507-388-2120 309 Holly Lane Fax: 507-388-3924 Mankato, MN 56001
☐ **Divulgar A** ☐ **Obtener De** ☐ **Intercambiar Con**	Agency/Individual: _____ Relationship: _____ Fax: _____ Phone: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____Estado: ____ Código Postal: _____
Razón de Divulgación	☐ Tratamiento/Cuidado Continuo ☐ Transferencia de Cuidados ☐ Personal ☐ Legal ☐ Determinación de Incapacidad ☐ Seguro ☐ Otro: _____
Cómo Divulgar Registros	☐ De forma escrita ☐ Ambos ☐ Verbal
Registros a ser Divulgados	☐ Últimos dos años de registros ó Intervalo de fechas: _____ Divulgar registros por: _____ ***Registros Médicos*** ☐ TODOS Y CADA UNO DE LOS REGISTROS MÉDICOS ☐ Notas y Procedimientos Médicos ☐ Vacunas ☐ Informes de Radiología ☐ Informes Operativos ☐ Pruebas y resultados del VIH/SIDA ☐ Otro : _____ ***Registros de Salud Mental*** ☐ Psiquiatría Fechas: _____ ☐ Psicoterapia Fechas: _____ ☐ Registros de Abuso de Alcohol, Drogas o Sustancias Fechas: _____ ☐ Otro : _____ ***Registros Odontológicos*** ☐ TODOS Y CADA UNO DE LOS REGISTROS ☐ Otro : _____ ***Registros de Cuenta*** ☐ Estados de cuenta de facturación ☐ Citas/Programación de citas ☐ Otro : _____

Esta autorización es válida por un año después de la fecha firmada, a menos que se especifique aquí lo contrario: _____ Puedo rescindir esta autorización por escrito en cualquier momento. Una rescisión no cambiará las divulgaciones que tuvieron lugar antes de la notificación de rescisión. La rescisión por escrito de esta autorización debe ser entregada al Departamento de Registros Médicos, junto con cualquier pregunta relacionada con la autorización. Entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Puedo negarme a firmar la autorización. No necesito firmar esta autorización para poder recibir tratamiento. La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y puede que ya no esté protegida por la ley federal. Una fotocopia de esta autorización puede ser considerada de la misma manera que el original. Mi firma indica que he leído y entendido este formulario, y que autorizo la divulgación de información como se describe anteriormente.

☐ Paciente [18 años o más] ☐ Padre del Menor ☐ Tutor Legal

Si el paciente tiene 17 años o menos, el padre o tutor legal del paciente debe firmar y fechar este formulario. Si un paciente de salud mental tiene 16 o 17 años, tanto el paciente como sus padres o tutores legales deben firmar y fechar este formulario.

_____	_____	_____
FIRMA DEL PACIENTE	NOMBRE A MOLDE	FECHA
_____	_____	_____
FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL	RELACIÓN	FECHA