

## Autorización Para la Revelación de Información Médica Protegida

Yo entiendo que si la (s) persona (s) y / u organización (es) enumeradas a continuación no son proveedores de atención médica, planes de salud o cámaras de compensación de atención médica, que deben seguir el estándar de privacidad federal, la información de salud divulgada como resultado de esta autorización puede ya no estar protegido por los estándares federales de privacidad, y mi información de salud puede volver a divulgarse sin obtener mi autorización.

Esta autorización se vence automáticamente un año a partir de la fecha de la firma o hasta el \_\_\_\_, 20\_\_\_\_. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la organización proveedora, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones que tomaron antes de que recibieron la revocación.

Cualquier negativa a firmar este formulario no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad para los beneficios. Puedo solicitar inspeccionar o copiar la información de salud que se utilizará o divulgará. Esta versión no es válida si no contiene la firma del paciente.

### Información del Paciente:

Primer Nombre:		Inicial del segundo nombre		Apellido::	
Nombre anterior:		Fecha de nacimiento::		Número de teléfono durante el día:	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código Postal:

### Revelar Información de:

Nombre:	
Dirección/P.O. Box:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Número de Teléfono	Número de Fax:

### Enviar información a:

Nombre:	
Dirección/P.O. Box:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Número de Teléfono:	Número de Fax:

### Propósito de la Revelación:

- Continuación de Atención  
  Transferencia de Cuidado  
  Legal  
  Reclamaciones/Seguro  
  Personal  
 Otro

### Información Médica a ser Revelada: (Limitado a 2 años de información a no ser que de otra manera especificado)

- Notas de Oficina  
  Inmunizaciones  
  Terapia Física  
  Laboratorio  
  Patología  
  Reportes de Rayos  
 Imágenes de rayos X incluya fecha, parte del cuerpo y tipos de examen: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

### Autorización Específica para la Divulgación de Información Protegida por Leyes Estatales o Federales Por Favor Ponga sus Iniciales al Lado de Cualquier Categoría que NO Desea que se Publique

- \_\_\_\_\_ Servicios de Salud Comportamiento/Atención Psiquiátrica /Salud Mental  
 \_\_\_\_\_ Tratamiento para el abuso de drogas y/o alcohol  
 \_\_\_\_\_ Información Genética /Pruebas  
 \_\_\_\_\_ Información relacionada con el VIH (incluido el SIDA y pruebas relacionadas)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Relación, si no es el paciente:** \_\_\_\_\_. Se requiere documentación legal que respalde su autoridad para actuar en nombre de un paciente. Se solicita una identificación con fotografía para todas las solicitudes de divulgación de información que se lleven en mano. Se aceptan reproducciones de copia exacta de la firma.

Nuestra práctica puede cobrar una tarifa por los costos de copia, envío por correo, mano de obra y suministros asociados con su solicitud. La Clínica McFarland se ha asociado con Datavant para procesar solicitudes de registros. Datavant puede enviar directamente una factura por su solicitud de registros.