

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
 Reportes de Rayos X
 Imágenes de Rayos X
 Laboratorio
 Patología
 Otro: _____

Autorización Específica para la Divulgación de Información Protegida por Leyes Estatales o Federales
Por Favor Pongas 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:_____. Documentación legal será requerida para respaldar su autoridad para actuar en nombre del/la paciente..

Se solicitará una indentificación con foto para las solicitudes de revelación de información. Reproducción de la firma via Facsimile es aceptable.
 Nuestra clínica podría cobrar un costo para las copias, correo, mano de obra y suministros asociados con su solicitud..

Si información adicional es requerida por favor contacte a Revelación de Información de la Clínica McFarland

Uso de la Clínica