

Autorización para divulgar registros médicos

Método de divulgación: En la clínica Verbal CD Papel Fax (hasta 60 páginas)

Información del paciente	Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono celular/de día: _____ Teléfono laboral: _____			
De Indique el hospital, la clínica y el proveedor específico a quien quiere enviar los registros	Nombre del proveedor o la clínica: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____ Número de fax: _____			
Para Indique quién quiere que reciba los registros	Nombre de la persona que recibe los registros: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de fax: _____ Teléfono de día: _____			
Información Marque un elemento para divulgar	<input type="checkbox"/> (Últimas 3 visitas) Resumen de atención reciente (incluir lista de medicamentos, H&P, análisis de laboratorio, notas de visitas, etc. <input type="checkbox"/> (Últimos 2 años) Resumen de atención con lista médica, lista de problemas, H&P, análisis de laboratorio, notas de visitas, etc. <input type="checkbox"/> Conjunto de registros completo (todos los registros) El paciente debe escribir sus iniciales: _____ <input type="checkbox"/> (Últimos 2 años) Radiografías odontológicas y/o resumen de atención Conjunto de registros odontológicos completo (todos): Iniciales _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ (especifique)			
Sensible Elija los registros sensibles que quiere divulgar (márquelos o no se incluirán)	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual _____ Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Salud mental/Atención psiquiátrica _____ Intercambio de información verbal/coordiación de atención (específico a elementos en esta zona sensible) De conformidad con 42 U.S.C. 290dd-2 (g) , las regulaciones en esta parte imponen restricciones sobre el uso y divulgación de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias ("registros", como se define en esta parte) que se mantienen en relación con el desempeño de, en su caso, la parte 2 del programa.			
Consentimiento en caso de menores	Los menores de entre 13 y 17 años deben presentar una autorización para divulgar la siguiente información sensible (coloque las iniciales junto a los registros para su divulgación): <input type="checkbox"/> Anticoncepción, planificación familiar y embarazo (cualquier edad) <input type="checkbox"/> Afecciones relacionadas con VIH/SIDA (incluir prueba) (14 años y más) <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas (13 años y más) <input type="checkbox"/> Salud mental/psiquiatría (13 años y más)			
<ol style="list-style-type: none"> 1. La autorización tendrá una vigencia de un año a partir de la fecha de la firma, a menos que usted escriba una fecha de vencimiento diferente a continuación: Fecha: _____ 2. Mis tratamientos, pagos, inscripción y elegibilidad para beneficios no serán condicionados a la firma de esta autorización. 3. Puedo revocar esta autorización por escrito y en cualquier momento, excepto en la medida en que una acción ya se haya realizado con base en ella. 4. También entiendo que la información usada o entregada de conformidad con esta autorización puede volver a divulgarse y ya no estar protegida por las reglamentaciones federales. 5. Se cobra una tarifa por algunas copias de la información médica, misma que debe cubrirse por adelantado. <p>***** Al firmar, doy mi consentimiento para divulgar la información médica protegida.</p>				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Firma del paciente/tutor/representante con poder notarial</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Facultades para firmar en nombre del paciente (se requiere prueba)</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">Fecha</td> </tr> </table>		Firma del paciente/tutor/representante con poder notarial	Facultades para firmar en nombre del paciente (se requiere prueba)	Fecha
Firma del paciente/tutor/representante con poder notarial	Facultades para firmar en nombre del paciente (se requiere prueba)	Fecha		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> AUTORIZACIÓN PARA REVOCAR DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> _____ Firma del paciente _____ Fecha </div> </td> </tr> </table>		AUTORIZACIÓN PARA REVOCAR DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> _____ Firma del paciente _____ Fecha </div>		
AUTORIZACIÓN PARA REVOCAR DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> _____ Firma del paciente _____ Fecha </div>				
Solo para uso del personal (inicial): Verifiqué que todas las secciones estén completas: _____ Completé todas las acciones: _____				