

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

PARA EL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN:

Si alguna de la información solicitada tiene que ver con el tratamiento por consumo de drogas o alcohol, estará protegida por los reglamentos federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Los reglamentos federales prohíben realizar revelaciones adicionales sobre esta información, a menos que el uso o divulgación de dicha información adicional esté autorizado expresamente mediante el consentimiento por escrito de la persona sobre quien se trata o esté permitido de otro modo bajo 42 CFR Parte 2. La autorización general para el uso o divulgación de información médica o de otro tipo **NO** es suficiente para este propósito. Los reglamentos federales restringen todo uso de dicha información para realizar investigaciones o procesamientos penales de cualquier paciente que consuma alcohol o drogas.

El paciente o su representante autorizado deben de llenar todas las casillas por **COMPLETO**. (Letra de imprenta) Si el formulario no está completamente lleno, se devolverá la solicitud.

USE LETRA DE IMPRENTA
INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Fecha de nacimiento:

Número de Seguro Social:

USE LETRA DE IMPRENTA
POR ESTE MEDIO SOLICITO Y AUTORIZO A:

Nombre: Terry Reilly Health Services

 Dirección: 223 16th Avenue N, PO Box 9

Ciudad: Nampa

Estado: ID

Código postal: 83653

 Teléfono: 208-466-7869 ext 6218 Medical Records
(Registros médicos)

Fax: 208-466-5359

USE LETRA DE IMPRENTA
ENTREGAR INFORMACIÓN A:

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Fax:

De la siguiente manera:
Para los siguientes propósitos:
Mi autorización para el uso y la divulgación de los siguientes registros:
SELECCIONE UNA:

- Por correo
 Por fax (no se considera un medio seguro)
 Recoger copia en persona
 Cuál clínica _____
 Otro _____
 CD (es posible que las imágenes de radiografías no estén seguras)
 USB
 Correo electrónico: _____
 Cargar a un sitio web seguro

- Para dar tratamiento
 Coordinación de atenciones médicas
 Para realizar una evaluación
 A solicitud del paciente
 Otro _____

- Médicos
 Dentales
 Salud conductual
 Allumbaugh House*
 * Los Registros sobre abuso de sustancias están amparados bajo CFR 42

Selecione todo lo que corresponda:

- Cargos, pagos y facturación
 Registros de tratamiento/notas de progreso/resúmenes
 Informes de radiografías y otras imágenes médicas
 Imágenes médicas en CD/USB
 Análisis de laboratorio
 Gestión financiera de las visitas
 Registros dentales
 Historial/examen físico/evaluación sobre SIDA o VIH
 Informes de investigaciones/policiales
 Otro _____

***En el caso de los registros de consumo de sustancias-La cantidad y la naturaleza de la información a divulgar, incluida la información sobre la descripción explícita del trastorno por uso de sustancias que puede divulgarse.**

Registros creados en o durante el siguiente periodo de tiempo:

- Registros de rutina (últimas 6 consultas médicas, exámenes físicos recientes, tablas de crecimiento, vacunas, listados de problemas médicos, laboratorios, notas de hospital)
 Otros _____

Esta autorización expira en _____ *La autorización de divulgación que corresponde a la parte 2 de CFR 42 no puede prolongarse por más tiempo del razonable y necesario para servir su propósito.

Mi autorización se da libremente, bajo el entendimiento de que:

- Mi información puede estar sujeta a una nueva divulgación por el receptor y es posible que, si este es el caso, ya no esté protegida por las Políticas de privacidad de Terry Reilly Health Services o por las leyes de privacidad pertinentes.
- Puedo retirar mi autorización en cualquier momento, excepto cuando la información ya ha sido divulgada tomando en cuenta mi autorización, siempre y cuando mi revocación se lleve a cabo por escrito.
- Terry Reilly no condicionará mi tratamiento a que yo proporcione esta autorización.
- Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha en que fue firmada, a menos que se especifique lo contrario.
- Una fotocopia o un fax de esta autorización tiene tanta validez como su original.
- Terry Reilly, sus directivos, oficiales, empleados, agentes y voluntarios quedan eximidos de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior, según el alcance indicado y autorizado por este documento.

<hr/> Firma del paciente o de la parte responsable	<hr/> Fecha	<hr/> Nombre y cargo del empleado que recibe el formulario/Asiste al paciente (LETRA DE IMPRENTA)
<hr/> Nombre del padre/madre o representante (use letra de imprenta)	<hr/> Relación con el paciente	