

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por favor imprimir

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre de soltera: \_\_\_\_\_ (para un niño): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del SS#: \_\_\_\_\_

Autorizar:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Clínica Familiar Cassopolis<br>261 M-62 Norte, Casópolis, MI 49031<br>Teléfono: (269) 445-3874 Fax: (269) 445-2076        | <input type="checkbox"/> Centro de Salud Comunitario de Niles<br>1951 Oak Street, Niles, MI 49120<br>Teléfono: (269) 262-4749 Fax: (269) 262-4739     | <input type="checkbox"/> Servicios dentales del Centro de Salud Comunitario de Niles<br>122 Grant Street, Niles, MI 49120<br>Teléfono: (269) 262-4364 Fax: (269) 340-5981 |
| <input type="checkbox"/> Clínica Familiar Cassopolis Dental<br>261 M-62 Norte, Casópolis, MI 49031<br>Teléfono: (269) 228-8500 Fax: (269) 445-1928 | <input type="checkbox"/> Centro de Salud Comunitario Niles OB/GYN<br>1951 Oak Street, Niles, MI 49120<br>Teléfono: (269) 683-0300 Fax: (269) 683-0398 |   |

Para divulgar la siguiente información: Todos

los registros de salud O Listas de medicamentos Notas de oficina Laboratorio/Patología Informe operativo Registros dentales

Registros obstétricos Consulta Visita a la sala de emergencias EKG/EEG/Resultados Rayos X/Ultrasonido Enfermedad de transmisión sexual  
VIH/SIDA Otro \_\_\_\_\_

Período de tiempo desde: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Mes año

Mes año

Solicitar mis registros de la ubicación a continuación Enviar mis registros a la ubicación a continuación

MÉDICO / HOSPITAL / AGENCIA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Cremallera

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Esta autorización tendrá una vigencia y vigencia de un (1) año.

Entiendo que, como se establece en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Salud, tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando una notificación por escrito a: Cassopolis Family Clinic Network, Attn: Privacy Officer, 261 M- 62 Norte, Casópolis, MI 49031

Si elijo hacerlo, entiendo que mi revocación no afectará ninguna acción tomada por Cassopolis Family Clinic Network antes de recibir mi revocación.

Entiendo que si la persona o entidad que recibe esta información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica cubierto por las normas federales de privacidad, el destinatario puede volver a divulgar la información divulgada y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal. .

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y que tengo derecho a leerlo antes de firmar este consentimiento.

La información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estará protegida por la ley federal. Las leyes estatales y federales requieren específicamente que cualquier registro médico del paciente y/o información personal de atención médica que contenga diagnóstico y tratamiento de drogas y alcohol, salud mental y enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, sean privilegiados y confidenciales y solo se pueden divulgar con autorización expresa, excepto como lo exige la ley. Entiendo que mis registros de tratamiento de alcohol y/o drogas están protegidos por las reglamentaciones federales que rigen la confidencialidad y los registros de pacientes de abuso de drogas, 42 CFR Parte 2 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), 45 CFR pts 160 y 164, y no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que las reglamentaciones dispongan lo contrario.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

Para uso de oficina: Copias: \_\_\_\_\_ Enviado por fax: \_\_\_\_\_ Enviado por correo: \_\_\_\_\_ Recogido: \_\_\_\_\_

Cita con el Proveedor: \_\_\_\_\_ Día de la cita: \_\_\_\_\_