



CHEMED
CENTER FOR HEALTH EDUCATION MEDICINE & DENTISTRY

AUTORIZACION DIFUNDIR Y DIVULGAR LA INFORMACION DEL PACIENTE

Información del paciente	Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ _____
Proveedor de atención de la salud <i>(¿A dónde quieres que se envíe la información? ¿Quién tiene la información?)</i>	Nombre: _____ Telefono: _____ _____ Dirección: _____ _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ _____ <input type="checkbox"/> Fax to _____ <input type="checkbox"/> Email to _____ _____ Me gustaría que la información sea enviada por (marque uno) o divulgada: <input type="checkbox"/> Correo de primera Clase <input type="checkbox"/> facsímil <input type="checkbox"/> Email / Correo Electronico <input type="checkbox"/> Verbalmente a la parte receptora indicada anteriormente con el número de teléfono
información que se publicará <i>(¿Qué quieres que se envíe o se libere? marque la casilla correspondiente.)</i>	Elige Uno: <input type="checkbox"/> historial médico completo, que incluya (ponga sus iniciales si se aplica lo siguiente) ____ Todos los registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias, incluidos <u>TODOS</u> los elementos a continuación en este cuadro ____ Toda la información relacionada con el VIH ____ Toda la información sobre tratamientos de salud conductual ____ Información sobre pruebas genéticas <input type="checkbox"/> Solo los elementos marcados a continuación <input type="checkbox"/> Información demográfica (incluida la identificación y el estado como paciente del programa CHEMED) <input type="checkbox"/> Diagnóstico e información relacionada <input type="checkbox"/> Historia y físico <input type="checkbox"/> Evaluación bio / psico / social <input type="checkbox"/> Fechas de ingreso, servicios y alta <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento <input type="checkbox"/> Tipos y frecuencia de servicios <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Plan de transición / cuidado posterior / alta <input type="checkbox"/> Notas del proveedor e informes de consultas (excluidas las notas de psicoterapia) *

	<input type="checkbox"/> Resultados e informes de pruebas (distintos de los de toxicología) <input type="checkbox"/> Registros de dosificación / régimen de prescripción <input type="checkbox"/> Registros de facturación <input type="checkbox"/> Información sobre tratamientos de salud conductual (incluida información sobre tratamientos por abuso de sustancias, si corresponde). Si desea limitar las fechas de servicio que se brindarán, enumere las fechas de servicio aquí: Fechas de servicio desde: _____ hasta: _____
Propósito de la liberación (<i>Por que es necesario?</i>)	<input type="checkbox"/> A mi solicitud <input type="checkbox"/> Otro: _____

- Esta autorización tiene una duración de un año después de la fecha en que la firma, a menos que ingrese una fecha diferente aquí: _____
- Esta autorización puede cancelarse por escrito en cualquier momento, notificando por escrito al Oficial de Privacidad. Una cancelación no cambiará los lanzamientos que ocurran antes de la cancelación.
- El proveedor que da el alta no restringirá su tratamiento si decide no firmar esta autorización. Una fotocopia u otra copia electrónica de esta autorización se tratará como un original.
- El proveedor liberador puede haber recibido registros médicos de otros proveedores que se han incorporado a sus registros en el proveedor liberador.
- Si esos registros se incluyen entre los autorizados anteriormente, se publicarán.
- El proveedor de divulgación no puede evitar que la persona u organización que recibe sus registros bajo esta autorización vuelva a divulgar su información, y es posible que esa información no esté cubierta por las protecciones de privacidad estatales y federales después de su divulgación.
- Al firmar esta autorización, libera al proveedor liberador de toda responsabilidad derivada de una divulgación por parte del destinatario.
- Su firma a continuación indica que ha leído y comprendido este formulario, autoriza la divulgación de su información como se describe anteriormente y ha recibido una copia de este formulario de autorización firmado por usted.

Firmado por: _____
Firma de la persona física o tutor legal representante

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del tutor legal/o representante legal: _____

Relación con la autoridad legal o individual: _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL
SI LOS REGISTROS SE RECOGEN EN PERSONA
(Debe ser el paciente mencionado anteriormente (o su tutor legal /
representante legal) o la persona indicada anteriormente como
Parte receptora)

Firma de confirmación de retiro: _____

Fecha: _____

Nombre impreso: _____

_____ Tipo de identificación proporcionada:

- Recoger copia impresa
- Recoger copia electrónica
- Correo electrónico seguro
- Fax Envíe por correo a la dirección anterior
- El Aviso adjunto que acompaña a la divulgación de registros se adjuntó con los registros publicados (obligatorio)

Fecha de transmisión:

Nombre del personal:

