

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del Paciente _____
 Nombre de Soltera/Otro _____
 Domicilio _____
 Ciudad, Estado, Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____
 SSN # (últimos 4 dígitos) _____
 Teléfono # _____

Autorizo el uso o la divulgación de los registros médicos del paciente como se describe a continuación:

Por la presente autorizo la liberación de mis registros médicos de:

<input type="checkbox"/> Floyd Valley Community Health 714 Lincoln St NE Le Mars, IA 51031 712-546-3335 phone 712-546-3451 fax	<input type="checkbox"/> Floyd Valley Healthcare 714 Lincoln St NE Le Mars, IA 51031 712-546-7871 phone 712-546-3416 fax	<input type="checkbox"/> Floyd Valley Clinics 714 Lincoln St NE Le Mars, IA 51031 712-546-8113 phone 712-546-9307 fax	<input type="checkbox"/> Nombre _____ Domicilio _____ Ciudad, Estado, Código postal _____ Teléfono _____ Fax _____
---	---	--	--

Información que Sera Liberada:

<input type="checkbox"/> CUALQUIER y TODOS los Registros	<input type="checkbox"/> Historial & Físico
<input type="checkbox"/> Registros de Vacunas	<input type="checkbox"/> Registros de Hospital
<input type="checkbox"/> Reportes de Radiografías	<input type="checkbox"/> Registros de Laboratorio
	<input type="checkbox"/> Fechas de Atención Medica _____
	<input type="checkbox"/> Otro _____

Propósito de la Liberación:

<input type="checkbox"/> Transferencia de Atención Médica	<input type="checkbox"/> Continuación de Cuidado Medico	<input type="checkbox"/> Se Mudó	<input type="checkbox"/> Otro _____
---	---	----------------------------------	-------------------------------------

Forma y Formato:

<input type="checkbox"/> Registros en papel	<input type="checkbox"/> Flash Drive/Memoria USB	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> CD-ROM
<input type="checkbox"/> Correo electrónico (Todas las transmisiones de correo electrónico se enviarán cifradas.) Si decide enviar sus registros por correo electrónico, indique la dirección de correo electrónico aquí. _____			

Marque esta casilla SÓLO si NO permite que se divulguen registros de abuso de sustancias. Solicitante, tome nota: Estos registros publicados contienen documentación sobre abuso de sustancias y, por lo tanto, se aplica la prohibición de revelación. ESTA INFORMACIÓN SE PUBLICA SUJETA A LA DISPOSICIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DE ESTATUOS FEDERALES (42 U.S.C 290dd-2 y regulaciones 42 CFR, parte 2) que prohíbe cualquier divulgación adicional de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o como de lo contrario, permitido por tales acusaciones.

La Información de Salud Será Liberada A:

<input type="checkbox"/> Floyd Valley Community Health 714 Lincoln St NE Le Mars, IA 51031 712-546-3335 phone 712-546-3451 fax	<input type="checkbox"/> Floyd Valley Healthcare 714 Lincoln St NE Le Mars, IA 51031 712-546-7871 phone 712-546-3416 fax	<input type="checkbox"/> Floyd Valley Clinics 714 Lincoln St NE Le Mars, IA 51031 712-546-8113 phone 712-546-9307 fax Proveedor _____	<input type="checkbox"/> Nombre _____ Domicilio _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Teléfono _____ Fax _____
---	---	---	--

A menos que sea revocada, esta autorización se caducará en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no especifico una fecha de caducidad evento o condición, esta autorización se caducará un año a partir de la fecha de la firma. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento presentando una revocación por escrito al Departamento de Registros Médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información ya divulgada en respuesta a esta autorización o a mi seguro médico cuando la ley me otorga el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza de seguro.

Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), servicios de salud conductual o mental, o tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

Entiendo que el autorizar la liberación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener copias de la información que se va a utilizar o divulgar, como se provee en 45 CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada, y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el Funcionario de Privacidad de Floyd Valley Healthcare al 712-546-3397

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Si Firma un Representante Legal, Relación al Paciente

Firma de Testigo

In office use only:
Date information disclosed _____
By whom _____



HIPAA 1004.doc.consent.administration
Approved by Risk Management:
5/13/10, 2/12/13, 5/11/17, 12/14/17