



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE CRESCENTCARE

Información del paciente:

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Destinatario de la información: Autorizo la divulgación de mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI) de CrescentCare A:

Mí mismo a través de (marque una opción): _____ Portal del paciente _____ Correo electrónico cifrado _____ Recogida

O a:

Nombre/Organización: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Información que debe divulgarse (marque todo lo que corresponda):

Historia clínica completa Resultados de laboratorio/patología Historial dental
 Registro de vacunación Notas de la consulta Informes de diagnóstico Otro (Especifique): _____

Lo siguiente requiere autorización específica del paciente según la ley de Luisiana y/o la ley federal. Coloque sus iniciales para divulgar:

Registros de salud conductual _____ Registros de trastornos por consumo de sustancias _____ Pruebas y tratamiento del VIH/SIDA _____

Propósito de la divulgación:

Continuidad de la atención Seguro Escuela/Trabajo
_____ Ya no soy paciente/ Legal Otro: _____
cliente de CrescentCare Uso personal

Vencimiento de la autorización: esta autorización expirará en 1 año, a menos que se indique lo contrario a continuación:

Fecha (no mayor a 12 meses) o evento: _____

Derechos y reconocimientos del paciente:

- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento enviando una carta firmada a CrescentCare, excepto que la divulgación ya haya ocurrido.
- Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a la firma de esta autorización.
- Entiendo que una vez que se divulga mi información, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que ya no esté protegida por la HIPAA.
- Entiendo que si esta autorización incluye información confidencial (p. ej., salud mental, VIH/SIDA, consumo de drogas/alcohol), solo se divulgará si se autoriza específicamente arriba.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si firma alguien que no sea el paciente, indique la facultad para hacerlo: Padre/madre del menor Tutor legal Poder legal Otro: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Firma: _____ Fecha: _____