

# Valley Professionals Community Health Center

777 S. Main St, Suite 100, Clinton, IN 47842 Phone: 765-828-1003; Fax: 765-828-1030

## AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MÉDICA

Tipo de formato: \_\_\_\_\_ papel \_\_\_\_\_ Electrónico/CD

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio de Paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a los registros que se enviaran

DE: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Fax# \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

A: Nombre o Institución: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono o Fax# \_\_\_\_\_

Esta autorización para la divulgación de información abarca el periodo de cuidado de salud de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

### Propósito de la Divulgación:

- \_\_\_\_\_ Refiriéndose medico a medico
- \_\_\_\_\_ Atención Continuada/Segunda Opinión
- \_\_\_\_\_ Personal \_\_\_\_\_ Abogado
- \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Discapacidad
- \_\_\_\_\_ Seguro \_\_\_\_\_ Otro

### Información Solicitada:

- \_\_\_\_\_ Reciente/Resultado de Laboratorio Pertinentes
- \_\_\_\_\_ Informes de Radiología
- \_\_\_\_\_ Informe de ECG/tracing
- \_\_\_\_\_ Historia Medica Pertinente
- \_\_\_\_\_ Todo lo anterior

Esta autorización se mantendrá en vigor y efecto por 60 días y en ese momento esta autorización para usar o divulgar esta información de salud protegida expira.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito a Vermillion-Parke Community Health Center. Entiendo que la revocación no es efectiva en la medida en que Vermillion-Parke Community Health Center se ha basado en el uso o divulgación de la información de salud protegida.

Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo a esta información puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y puede que ya no este protegida por la ley federal o estatal.

Vermillion-Parke Community Health Center no condicionara mi tratamiento, la inscripción en un plan de salud o beneficios de elegibilidad (si es aplicable) de si proporciono autorización para el uso o divulgación solicitada.

Yo entiendo que tengo el derecho a:

- Inspeccionar o copiar la información de salud protegida para ser utilizada o divulgada según lo permitido por las leyes federales (o la ley estatal en la medida en que la ley estatal proporciona mayores derechos de acceso).
- Negar a firmar esta autorización.
- Recibir una copia firmada de esta autorización.

No quiero que la siguiente información divulgada/obtenida:

_____ Alcohol	_____ Depresión	_____ Hepatitis
_____ Drogas	_____ VIH/SIDA	_____ Enfermedades de transmission sexual

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha