

Valley Professionals Community Health Center

1810 Lafayette Ave, Crawfordsville, IN 47933 Phone: 765-362-5100; Fax 765-362-5171

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