

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre anterior: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

AUTORIZACIONES

Autorizo al Centro de Salud Comunitario Konza Prairie a:

- ☐ Divulgar información de salud/dental del paciente mencionado anteriormente a:
☐ Obtenga información de salud/ dental del paciente mencionado anteriormente de:

- ☐ **Copia de registro impresa/ enviada por correo**
☐ **Copia de CD del registro**
(Se aplican cargos por mano de obra y materiales)

Nombre: _____ Número de fax: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

- ☐ Todos los registros médicos/dentales ☐ Transferencia completa de la atención ☐ Especificado
☐ Especificaciones de autorregistros (marco de tiempo y tipo de registros):

Solicitudes de impresión/CD: La autorización para divulgar información de atención médica completada por el paciente o la parte autorizada que requiere la producción de la creación impresa, enviada por correo y/o CD incurrirá en tarifas por página;

\$ 20.07 primeras 20 páginas y 0.67 centavos cada página adicional.

La producción de un CD tiene una tarifa plana de \$ 6.50 y se incluye el franqueo para cada opción.

Plazo: Esta autorización permanecerá vigente:

- ☐ A partir de la fecha de esta autorización hasta: _____ ☐ Hasta que el proveedor cumpla con esta solicitud
☐ Hasta que ocurra el siguiente evento: _____

Nota: A menos que se indique lo contrario, esta autorización permanecera vigente un año a partir de la fecha de firma.

1. Tiene derecho a revocar esta autorización por escrito a menos que los registros médicos (PHI) ya hayan sido divulgados, o si lo prohíben las leyes estatales o federales.
2. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad pueden no ser una condición para divulgar registros médicos (PHI). Una autorización firmada es un requisito para que se divulguen los registros médicos (PHI).
3. Cuando esta información se usa o divulga de conformidad con esta autorización, pueda estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la parte anterior y es posible que ya no puede estar protegida por la Regla de Privacidad Federal de HIPA, el Centro Comunitario de Salud de Konza continuara manteniendo la confidencialidad de los registros médicos (PHI) de nuestros pacientes según lo exige la Regla de privacidad federal de HIPAA.

Definición: Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), según la definición de la ley, RCW 70.24 et seq., incluyen herpes, herpes simple, virus del papiloma humano (VPH), verruga, verruga genital, condiloma, clamidia, uretritis inespecífica, sífilis, VDRL, cancroide, linfogranuloma venéreo, VIH (virus de inmunodeficiencia humana), SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y gonorrea.

- ☐ Sí ☐ No Autorizo la divulgación de mis resultados de ETS, pruebas de VIH/SIDA, ya sean negativas o positivas, a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente. Entiendo que la(s) persona(s) enumerada(s) anteriormente(s) será(n) notificado que debo dar un permiso específico por escrito antes de divulgar los resultados de estas pruebas a cualquier persona.
- ☐ Sí ☐ No Autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con drogas, alcohol o tratamiento de salud mental a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Si usted no es el paciente, ¿cuál es su relación con el paciente? ☐ Tutor legal ☐ Padre del menor ☐ Poder notarial