

Autorización para la divulgación de información médica

Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida.

Por la presente autorizo _____
(nombre del remitente)

Dirección _____
Ciudad Estado Código postal Teléfono Fax

Para revelar a Community Health & Dental Care
Nombre del destinatario

Dirección _____
Pottstown PA 19465 610-326-9460 610-222-5006
Ciudad Estado Código postal Teléfono Fax

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento: _____

Marque la casilla y ponga sus iniciales para especificar qué tipo de información se divulgará.

- Información médica _____ Fecha de inicio _____ Hasta la fecha de finalización _____
- Resultados de las radiografías _____ Fecha de inicio _____ Hasta la fecha de finalización _____
- Resultados de laboratorio _____ Fecha de inicio _____ Hasta la fecha de finalización _____
- Notas de progreso _____ Fecha de inicio _____ Hasta la fecha de finalización _____
- Informes de consulta _____ Fecha de inicio _____ Hasta la fecha de finalización _____
- Toda la información de atención médica _____ Fecha de inicio _____ Hasta la fecha de finalización _____

Especifique los registros que se divulgarán

Sí No Iniciales	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) mencionada(s) anteriormente(s) serán notificadas(s) de que debo dar un permiso específico por escrito antes de divulgar los resultados de estas pruebas a cualquier persona.
Sí No Iniciales	Autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con el tratamiento de drogas, alcohol o salud mental a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente.

Duración: Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en vigor durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique una fecha diferente aquí _____ .

Revocación: Esta autorización también está sujeta a revocación por escrito por parte del miembro/paciente en cualquier momento. La revocación por escrito entrará en vigor a partir de su recepción, excepto en la medida en que la parte divulgadora u otros hayan actuado en función de esta autorización.

Redivulgación: Entiendo que el destinatario no puede usar o divulgar legalmente la información de salud a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o a menos que dicho uso o divulgación sea específicamente requerido o permitido por la ley.

Representante Autorizado del Paciente:
Fichado _____
Nombre _____
Relación con el paciente _____

CHDC Testigo:
Fichado _____
Nombre _____
Fecha _____