

Autorización para la divulgación de información médica - Transferencia de salida

Espere hasta 14 días para que se procesen las solicitudes..

Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida.

Por la presente autorizo Community Health and Dental Care (Nombre del remitente)

Dirección: 351 W. Schuylkill Road, Suite G-15A, Pottstown, PA 19465 Teléfono: 610-326-9460 Fax: 610-222-5006

Para revelar a: _____ (Nombre del destinatario)

Dirección: _____ 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:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Información médica | Fecha de inicio _____ hasta la fecha de finalización _____ |
| <input type="radio"/> Resultados de las radiografías | Fecha de inicio _____ hasta la fecha de finalización _____ |
| <input type="radio"/> Resultados de laboratorio | Fecha de inicio _____ hasta la fecha de finalización _____ |
| <input type="radio"/> Progreso | Fecha de inicio _____ hasta la fecha de finalización _____ |
| <input type="radio"/> Informes de consulta | Fecha de inicio _____ hasta la fecha de finalización _____ |
| <input type="radio"/> Toda la información de salud | 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 Iniciales 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: _____

Testigo de CHDC:
Fichado: _____
Nombre: _____
Fecha: _____



ch-dc.org
610-326-9460

Por favor, regrese a:
Community Health and Dental Care, Inc.
351 W. Schuylkill Rd., Suite G-15A
Pottstown, PA 19465

Encuesta de Transferencia de Pacientes Médicos y Dentales

1. ¿En qué lugar te vieron? _____
2. ¿Cuánto tiempo ha sido paciente de Community Health and Dental Care? _____
3. ¿Fue paciente de Medicina Médica, Dental o ambas? _____
4. Por favor, marque con un círculo una de las siguientes razones para salir de la práctica:
 - a. Conmover
 - b. Cambio de proveedor
 - c. Cambio de seguro: ¿Desea que nos comuniquemos con usted para ver si su nuevo seguro es aceptado por CHDC? S o N
 - d. Insatisfecho con la práctica. ¿Por qué? _____
 - e. Insatisfecho con los proveedores. ¿Por qué? _____
 - f. Otro _____
5. Por favor, explique por qué se va

6. ¿Recomendaría CHDC a otras personas? ___ Sí ___ No
7. ¿Comentarios adicionales?

Gracias por tomarse el tiempo para ayudarnos a mejorar nuestros servicios. Recuerde que sus comentarios son necesarios para ayudar a mantener a Community Health and Dental Care como el Hogar Médico del Paciente de sus necesidades.