AUTORIZACION PARA OBTENER, REVELAR Y PRESENTAR
INFORMACION DE SALUD CONFIDENCIAL
RIVER HILLS COMMUNITY HEALTH CENTER

Telefono 641-683-5773 P.O. Box 458, Ottumwa, IA 52501 FAX 641-682-0484

Por favor IMPRIMA (menos la firma) en BOLIGRAFO AZUL o NEGRO y provee información completa en cada sección.

Nombre legal del paciente _____ **Fecha de Nacimiento**_____

PROVEEDOR: (Quien revela la Información) Nombre:_____ Teléfono#_____

Direccion_____
Dirección Completa/Calle/P.O. Box Ciudad, Estado, Código Postal

SOLICITADOR: (Donde quiere que se mande la información) Nombre _____Telefono#_____

Direccion_____
Dirección Completa/Calle/P.O.Box Ciudad, Estado, Código Postal

Por favor marque a continuación el tipo de información que quiere revelar y la razón por la que quiere revelarla.

INFORMACION SOLICITADA
☐ Todo el Expediente Sin Excepción ☐Medicamentos
☐ Historial & Físico ☐Cartilla de Vacunas ☐Resumen de Alta
☐ Todos los resultados de exámenes ☐Rayos-X ☐Resultados de Laboratorio ☐Otro_____
☐ Comunicación_____

CAUSA POR LA AUTORIZACION
☐ Requerido por el paciente/ Guardián Legal ☐ Traslado de Cuidado Medico
☐ Otro_____

Esta autorización para revelar información es voluntaria. Se que no tengo que rellenar este formulario para recibir tratamiento. Al firmar este formulario dejo que River Hills CHC revele información de salud confidencial a la persona o clínica nombrada. Reconozco que (1) es posible que los destinatarios de esta información vuelvan a revelar la información sin autorización apropiada y (2) una vez que la información sea revelada pueda no estar protegida por regulaciones federales de privacidad. Se que tengo el derecho para inspeccionar la información que va a ser revelada, a no ser que sea prohibida por la ley, en cuanto la propia notificación y bajo condiciones que sean estabilizadas por River Hills CHC. Entiendo que la información pueda ser revelada electrónicamente.

_____ _____
Firma del Paciente/ Representante Personal **Fecha**

_____
Relación, si no es el paciente

Protecciones adicionales federales y/o Iowa Adicional son provistos a la salud Mental Tratamiento de Alcohol y abuso de Drogas, VIH/SIDA y otras ciertas informaciones confidenciales. Entiendo que tengo el derecho de prohibir la revelación de esta información y las continuaciones de revelaciones de los expedientes pueda que no se haga sin mi específico consentimiento en escrito a no ser que talvez la ley lo permita. Mi firma de abajo autoriza la revelación De los expedientes identificados aquí.

INICIALES AUTORIZADAS
_____Alcohol
_____Abuso de Sustancias
_____Salud Mental
_____Pruebas Genéticas
_____VIH/SIDA Información

_____
Firma del Paciente/ Representante Personal

_____ _____
Relación, si no es el paciente **Fecha**

Prohibición de Revelación

Federal y/o Ley del Estado específicamente requiere que cualquier revelación de abuso de sustancias, alcohol o droga, salud mental, o información -SIDA relacionada, sea acompañadas por lo siguiente: Esta información ha sido revelada a usted por expedientes protegidos por la ley Federal de Reglas confidenciales (42 CFR Part 2). Las Reglas Federales le prohíben que continúe revelando información a no ser que sean permitidas la continuación de las revelaciones por el consentimiento en escrito de la persona a quien le pertenece o si no a la que sea permitida por 42 CFR Part 2. Una autorización general para la revelación medica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las Reglas Federales restricte cualquier uso de la información para investigar criminalmente o procesar cualquier paciente de alcochol o abuso de droga.

Esta autorización caducara en un año desde la fecha de la firma, o si es indicada_____. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Si cancelo esta autorización, debo de mandar una notificación en escrito a River Hills CHC, P.O. Box 458, Ottumwa, IA 52501. Entiendo que la información pueda que haya sido revelada antes de la cancelación y esa acción no será considerada como quebramiento de confidencialidad. Entiendo que mi cuidado de salud y los pagos por mi cuidado de salud no serán afectados por esta autorización. Al firmar este formulario autorizo la revelación descrita arriba.

Staff Initials_____ Revise(3/13/18)