Provider_____

RIVERHILLS COMMUNITY HEALTH CENTER
Diversified Services · Exceptional Healthcare

201 S Market St PO Box 458
Ottumwa IA, 52501
641-684-6896 FAX 641-682-0484 or 641-684-3080

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Por favor de completar, firmar, y fechar. Puede haber un cargo por las copias del archivo.

1) Nombre del Paciente/Cliente

_____
Apellido Nombre Inicial

_____
Direccion

_____
Ciudad/Estado/Codigo

_____ _____
Telefono Fecha de Nacimiento

2) Yo autorizo a River Hills Community Health Center a:

LIBERAR A: ☐ RECIBIR DE: ☐ INTERCAMBIAR CON: ☐

_____
Nombre de la persona y/o institución

_____
Dirección

_____
Ciudad/Estado/Codigo

_____
Teléfono

_____
Fax

3) Descripción de la información médica que puede divulgarse (marque las Casillas aplicables) :

☐ Expediente de inmunizacion
☐ Resultados de Laboratorio
☐ Historial Medico y Examen Físico
☐ Comunicacion
☐ Otro:_____
☐ Notas Clinicas
☐ Radiografia/Radiologia
☐ Medicamen
☐ Notas del Dpt. de Salud Mental
☐ Registros Dentales

4) Autorización específica para la divulgación de información protegida por la ley estatal o federal. Por favor, poner sus iniciales en cada artículo aplicable.

___Abuso de sustancias/alcohol
___Salud Mental
___Información sobre el VIH/SIDA
___Pruebas genéticas

_____ _____
Firma del paciente/cliente/representante personal Fecha

_____
Relación, si no el paciente/cliente

5) Razon(es) para liberar esta información:

☐ Transferencia de Cuidado
☐ Personal ☐
Otro:_____

6) Fecha de Expiración:
Esta autorizacion se vencera un año apartir de la fecha de la firma, o como se indica (pero no para prolongar mas de 12 meses) _____. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ya se haya tomado en dependencia de ella, mediante notificación escrita

7.) Marco de tiempo para liberar: (Si no se completa, se enviarán los últimos 2 años.)

Esta autorización para liberar información es voluntaria. Sé que no tengo que completar este formulario con el fin de recibir tratamiento. Al firmar este formulario, estoy permitiendo que River Hills CHC libere mi información de salud confidencial a la persona o instalación que aparece en la lista. Reconozco que (1) destinatarios de esta información posiblemente puedan volver a liberarse sin la debida autorización y (2) una vez que se divulga la información, puede que ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad. Sé que tengo el derecho de inspeccionar la información divulgada, a menos que esté restringida por la ley, tras la debida notificación a y en condiciones establecidas por River Hills CHC. Entiendo que mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados por esta autorización. Al firmar este formulario, autorizo la divulgación descrita anteriormente. Entiendo que la información puede ser liberada oralmente o por fax, correo o electrónicamente.

_____ _____
Firma del paciente/cliente/representante personal Fecha

If signed by patients' representative, please PRINT representative's name and describe his/her authority.

Nombre del Representate : _____

Autoridad: ☐ Padre ☐ Guardian ☐ Poder Notorial
☐ Otro _____

La ley federal y/o estatal requiere específicamente que cualquier divulgación o divulgación de abuso de sustancias, alcohol o drogas, salud mental o información relacionada con el SIDA debe ir acompañada de lo siguiente: Esta información ha sido revelada a usted de registros protegidos por las reglas de confidencialidad federal (42 CFR Parte 2). Las normas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de información a menos que se permita expresamente la divulgación por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

Staff Initials:_____