

## AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

<p style="text-align: center;"><b>Por favor de completar, firmar, y fechar. Puede haber un cargo por las copias del archivo.</b></p>	<p><b>2) Yo autorizo a River Hills Community Health Center a:</b></p> <p>LIBERAR A: <input type="checkbox"/>    RECIBIR DE: <input type="checkbox"/>    INTERCAMBIAR CON: <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>Nombre de la persona y/o institución</p> <p>_____</p> <p>Dirección</p> <p>_____</p> <p>Ciudad/Estado/Código</p> <p>_____</p> <p>Teléfono</p> <p>_____</p> <p>Fax</p> <p>_____</p>										
<p><b>1) Nombre del Paciente/Cliente</b></p> <p>_____</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Apellido</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Nombre</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Inicial</td> </tr> </table> <p>_____</p> <p>Dirección</p> <p>_____</p> <p>Ciudad/Estado/Código</p> <p>_____</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Teléfono</td> <td style="width: 40%;">Fecha de Nacimiento</td> </tr> </table>	Apellido	Nombre	Inicial	Teléfono	Fecha de Nacimiento	<p><b>4) Autorización específica para la divulgación de información protegida por la ley estatal o federal. Por favor, poner sus iniciales en cada artículo aplicable.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Abuso de sustancias/alcohol</p> <p><input type="checkbox"/> Salud Mental</p> <p><input type="checkbox"/> Información sobre el VIH/SIDA</p> <p><input type="checkbox"/> Pruebas genéticas</p> <p>_____</p> <p><b>Firma del paciente/cliente/representante personal</b>                      <b>Fecha</b></p> <p>_____</p> <p><b>Relación, si no el paciente/cliente</b></p> <p>_____</p>					
Apellido	Nombre	Inicial									
Teléfono	Fecha de Nacimiento										
<p><b>3) Descripción de la información médica que puede divulgarse (marque las Casillas aplicables) :</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Expediente de inmunización</td> <td><input type="checkbox"/> Notas Clínicas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio</td> <td><input type="checkbox"/> Radiografía/Radiología</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Historial Médico y Examen Físico</td> <td><input type="checkbox"/> Medicamentos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Comunicación</td> <td><input type="checkbox"/> Notas del Dpt. de Salud Mental</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Registros Dentales</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Expediente de inmunización	<input type="checkbox"/> Notas Clínicas	<input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Radiografía/Radiología	<input type="checkbox"/> Historial Médico y Examen Físico	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Comunicación	<input type="checkbox"/> Notas del Dpt. de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Registros Dentales	<p><b>6) Fecha de Expiración:</b></p> <p>Esta autorización se vencerá un año apartir de la fecha de la firma, o como se indica (pero no para prolongar más de 12 meses) _____.</p> <p>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</p>
<input type="checkbox"/> Expediente de inmunización	<input type="checkbox"/> Notas Clínicas										
<input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Radiografía/Radiología										
<input type="checkbox"/> Historial Médico y Examen Físico	<input type="checkbox"/> Medicamentos										
<input type="checkbox"/> Comunicación	<input type="checkbox"/> Notas del Dpt. de Salud Mental										
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Registros Dentales										
<p><b>5) Razon(es) para liberar esta información:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Transferencia de Cuidado</p> <p><input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/></p> <p>Otro: _____</p>	<p><b>7.) Marco de tiempo para liberar:</b> _____ (Si no se completa, se enviarán los últimos 2 años.)</p>										

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 \_\_\_\_\_ Autoridad:  Padre                       Guardian     Poder Notorial

del Representate : \_\_\_\_\_  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: \_\_\_\_\_