

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre de Paciente: _____ Numero de Cuenta: _____ MR#: _____
 Direccion: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Nombre Doctor Primario: _____

<p>AUTORIZO EL CENTRO MÉDICO DE RHEA PARA PUBLICAR COPIAS DE LA INFORMACIÓN SELECCIONADA A CONTINUACIÓN POR EL PERÍODO DE TIEMPO MENCIONADO A CONTINUACIÓN:</p> <p style="text-align: center;">INFORMACION A DIVULGAR</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Registro médico completo</td> <td><input type="checkbox"/> Historia y Fisico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Resumen de Alta</td> <td><input type="checkbox"/> Reporte de Patologia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Reporte Operativo</td> <td><input type="checkbox"/> Visitas Clinicas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rayos X</td> <td><input type="checkbox"/> Electrocardiograma</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Records de Emergencia</td> <td><input type="checkbox"/> Record de Oficina de Medico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Laboratorios</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otros _____</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">FECHA DE TRATAMIENTO</p> <p>Especifique las fechas por las cuales solicita records? Fechas: _____</p>	<input type="checkbox"/> Registro médico completo	<input type="checkbox"/> Historia y Fisico	<input type="checkbox"/> Resumen de Alta	<input type="checkbox"/> Reporte de Patologia	<input type="checkbox"/> Reporte Operativo	<input type="checkbox"/> Visitas Clinicas	<input type="checkbox"/> Rayos X	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Records de Emergencia	<input type="checkbox"/> Record de Oficina de Medico	<input type="checkbox"/> Laboratorios		<input type="checkbox"/> Otros _____		<p>AUTORIZO EL CENTRO MÉDICO DE REA A DIVULGAR LA INFORMACIÓN SELECCIONADA A LA PARTE MENCIONADA A PARA EL PROPÓSITO (S) SELECCIONADO A CONTINUACIÓN:</p> <p>Nombre de Medico o Institucion _____</p> <p>Direccion: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. postal : _____</p> <p>Favor de enviar la informacion a: Dr. _____ Dept/Clinica: _____</p> <p style="text-align: center;">PROPOSITO DE AUTORIZACION</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abogado</td> <td><input type="checkbox"/> Seguro social</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cuidado Continuo</td> <td><input type="checkbox"/> Compensacion Laboral</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad</td> <td><input type="checkbox"/> Aseguranza</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cobros/Reclamo de pago</td> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Seguro social	<input type="checkbox"/> Cuidado Continuo	<input type="checkbox"/> Compensacion Laboral	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Aseguranza	<input type="checkbox"/> Cobros/Reclamo de pago	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Registro médico completo	<input type="checkbox"/> Historia y Fisico																						
<input type="checkbox"/> Resumen de Alta	<input type="checkbox"/> Reporte de Patologia																						
<input type="checkbox"/> Reporte Operativo	<input type="checkbox"/> Visitas Clinicas																						
<input type="checkbox"/> Rayos X	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma																						
<input type="checkbox"/> Records de Emergencia	<input type="checkbox"/> Record de Oficina de Medico																						
<input type="checkbox"/> Laboratorios																							
<input type="checkbox"/> Otros _____																							
<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Seguro social																						
<input type="checkbox"/> Cuidado Continuo	<input type="checkbox"/> Compensacion Laboral																						
<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Aseguranza																						
<input type="checkbox"/> Cobros/Reclamo de pago	<input type="checkbox"/> Otro _____																						

<p>Información sobre el trastorno por uso de sustancias.</p> <p>Entiendo que si mis registros contienen información sobre el trastorno por uso de sustancias, dichos registros están protegidos por la ley federal y no se incluirán a menos que yo lo autorice. Entiendo que la información sobre el trastorno por uso de sustancias puede estar contenida en mis registros y que se necesita mi consentimiento para liberar completamente las categorías identificadas anteriormente. La información será revelada a la persona identificada anteriormente</p> <p>Información sobre VIH / SIDA. Entiendo que si mis registros contienen información en referencia a las pruebas y / o tratamiento del VIH / SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), se me ha brindado la oportunidad de firmar una autorización específica.</p> <p>Registros de salud mental. Entiendo que mi historial médico también puede incluir información sobre el diagnóstico / tratamiento relacionado con mi salud mental, condiciones psiquiátricas o psicológicas</p>	<p style="text-align: right;"><i>Iniciar Uno</i></p> <p>___ Incluir ___ No Incluir</p> <p>___ Incluir ___ No Incluir</p> <p>___ Incluir ___ No Incluir</p>
--	---

AUTORIZACIÓN:
 Por la presente autorizo e instruyo a Rhea Medical Center a usar, divulgar la información de salud protegida mencionada anteriormente a la parte identificada anteriormente. Al firmar a continuación, reconozco, acepto y entiendo lo siguiente:

- Derecho a revocar. Excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones en virtud de esta Autorización, puedo, en cualquier momento, revocar (retirar) esta Autorización enviando un aviso por escrito al Departamento de HIM en el Centro Médico Rhea en 9400 Rhea County Highway, Dayton TN 37321.
- Fecha de caducidad. A menos que se revoque, esta autorización vencerá 90 días después de la fecha firmada por el paciente o el agente legalmente autorizado.
- Re-divulgación. La información utilizada y / o divulgada de conformidad con esta Autorización no estará protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), y el destinatario también puede volver a divulgar cierta información, a menos que la ley lo prohíba.
- No requerido. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de los beneficios no estarán condicionados a mi firma de esta Autorización.

He leído (o me han leído) las declaraciones anteriores y las entiendo como me aplican. Entiendo que al firmar este formulario, estoy autorizando el uso y / o divulgación de información confidencial de salud protegida. Entiendo que esta Autorización es voluntaria, que la información que se divulgará está protegida por la ley y que el uso / divulgación se realizará de acuerdo con mis instrucciones

Firma

Fecha

Si ha firmado como representante legalmente autorizado de la persona identificada anteriormente, proporcione la documentación de respaldo y complete lo siguiente:

Nombre de Representante Legal (Impreso): _____

Relacion al paciente: _____

Descripcion de autorizacion por el paciente: _____