promise healthcare

Autorizar la revelación de información

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: / / SS# _____-_____-_____

Nombre de soltera u otro(s) nombre(s): _____ MRN: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ C.P. _____

Número de teléfono: _____ (casa, celular, otro) Email: _____

Autorizo a: Promise Healthcare - Administración de Información de Salud (HIM)

* Incluye Frances Nelson Clinic, Promise Healthcare en Neil Street, Urbana School Health Center

☐ **Para enviar a:**

O

☐ **Para solicitar a:**

_____

Nombre del centro de atención médica, médico, individuo o agencia, etc.

_____

Dirección

_____ _____ _____

Ciudad, Estado, Código postal | Número de teléfono | Fax

Método de liberación: ☐ Correo ☐ Recogido en el Departamento de HIM ☐ Email

***Si elige recibir su información médica por correo electrónico, existe el riesgo de que la información en el correo electrónico pueda ser leída por un tercero.**

REGISTROS ESPECÍFICOS A SER LIBERADOS

☐ Todos los registros
☐ Registros de vacunación (especificar la fecha):
☐ Registros de facturación (especificar fechas):
☐ Visita al consultorio (especifique fechas y proveedor):

_____

☐ Exámenes de lab.
☐ Odontológico ☐ Otro (especificar):
☐ Fecha(s) de tratamiento:

Si desea alguna de la siguiente información de salud, debe marcar e y colocar sus iniciales junto a la categoría a continuación:

☐ Registros de abuso de alcohol/drogas _____ Iniciales

☐ Genéticos _____ Iniciales

☐ VIH/SIDA/Enfermedades De Transmisión Sexual _____ Iniciales

El propósito de esta revelación de información es _____

(es decir, atención continua, reclamo de seguro, asesoría legal, etc.)

- Entiendo que mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, tratamiento para el abuso de alcohol y/o sustancias
- Tengo el derecho de inspeccionar y obtener una copia de los registros que serán revelados. Entiendo que cualquier revelación de información conlleva la posibilidad de una nueva revelación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si quiero revocar esta autorización, debo proporcionar una revocación por escrito al departamento de HIM de Promise Healthcare. Entiendo que la revocación no aplicará para la información que se reveló anteriormente.
- Esta autorización vencerá en la siguiente fecha o evento . Si no especifico una fecha o evento de vencimiento, esta autorización vencerá en la fecha de la firma a continuación y los registros solo serán liberados para servicios hasta esa fecha inclusive. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización
- Entiendo que puede haber un cargo para obtener una copia de estos registros.

ATENCIÓN: Este es un documento legal. Por favor, lea atentamente. Al firmar, usted acepta que comprende y acepta los términos de este formulario.

Si el paciente tiene 18 años de edad o más, él debe firmar y fechar el formulario.

Si el paciente tiene 18 años de edad o más y no puede firmar, un sustituto legalmente autorizado puede firmar y fechar el formulario.

Indique su autoridad legal e incluya documentación de su relación

☐ Tutor Legal o Curador Agente de Atención Médica (Poder Notarial para Atención Médica)

Si el paciente tiene 17 años de edad o menos, el padre o tutor legal del paciente debe firmar y fechar el formulario, a menos que exista una excepción bajo la ley estatal o federal. Por favor, indique su relación: Padre ☐ ☐ Tutor Legal

Firma: _____ Fecha de firma: _____

Se requiere la fecha de vencimiento del consentimiento si se solicitan registros de abuso de alcohol/drogas: _____

Nombre escrito de la persona que firma (si no es el paciente): _____ Teléfono: _____

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL

Liberado por Nombre del Personal: _____ **Tipo de ID verificado:** _____ **Fecha:** _____