

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono del hogar: _____

Dirección: _____
 Calle Ciudad Estado Código postal

Por la presente autorizo a BVCHC a: (Marque uno de los siguientes)

<input type="checkbox"/> Libere mi registro médico para:		<input type="checkbox"/> Obtener mi registro médico de:	
_____ Nombre / Guardián Legal / Representante / Facilidad / Organización / Empresa		_____ Teléfono Fax	
_____ Calle Ciudad		_____ Estado Código postal	

Verifique la información confidencial para ser lanzada u obtenida:

CARGO POR COPIA: El costo por las copias de los registros médicos se basa en los costos de mano de obra y materiales según lo define la Resolución Omnibus.

- Registro de salud (fecha (s) de servicio): de (fecha) _____ a (fecha) _____
- Entre Record, o específicamente
- Lista de problemas Resumen de inmunización Más recientes en historial e información física
- Registro prenatal / OB GYN Resumen Lista de medicamentos Notas de progreso
- Resultados de laboratorio Informes de rayos X e imágenes Informes de consulta Otro: _____
- Dental Rayos X dental

El propósito de esta información es para:

- Uso personal Transferencia de atención Abogado / Legal Incapacidad Seguro Escuela Compensación del trabajador Otro _____

Si se trata de la transferencia de atención, estoy transfiriendo los siguientes servicios que me brindó BVCHC:

- Atención primaria / Pediatría / Medicina para adultos Planificación familiar / OB GYN Odontología Salud conductual Todos los servicios

Continuaré los siguientes servicios en BVCHC:

- Atención primaria / Pediatría / Medicina para adultos Planificación familiar / OB GYN Odontología Salud conductual Optometría

Autorización para revelar información protegida

Mis iniciales a continuación indican que permito que se divulgue la siguiente información, si corresponde en mi registro de salud:

_____ Notas sobre salud mental o psicoterapia / Información	_____ Pruebas genéticas	_____ Pruebas de VIH e información relacionada
_____ Notas sobre el tratamiento del abuso de alcohol y / o sustancias	_____ Abuso sexual	_____ Enfermedad de transmisión sexual (ETS)
_____ Comunicación del trabajador social	_____ Discapacidad de desarrollo	_____ Otro _____

Entiendo que mis registros se procesan según las Leyes Generales de RI 5-37.3 y 40.1-5, las Regulaciones de Privacidad Federales 45 CFR 160-164 y **no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, salvo que la ley disponga lo contrario.** También entiendo que si mis registros involucran alcoholismo o drogadicción, o pruebas de VIH (SIDA), se procesan adicionalmente bajo la **Regulación Federal 42 CFR Parte 2, Confidencialidad de abuso de alcohol y drogas, y Derecho público de RI Capítulo 88-405, Sección 23.** Libero a The BVCHC y sus empleados de cualquier responsabilidad derivada de la divulgación de esta información a dichas personas / agencias, siempre que dicha divulgación de información se realice de conformidad con la legislación aplicable. Este consentimiento tendrá una duración de **no más de un (1) año a partir de la fecha de este formulario.** Entiendo que **puedo retirar mi consentimiento por escrito en cualquier momento. Entiendo que un retiro no se aplicará a la información ya divulgada en respuesta a esta autorización.** Entiendo que un retiro no se aplicará a mi compañía de seguros, cuando la ley otorga a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo según mi política. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar la autorización. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener información para ser utilizada o divulgada según lo dispuesto en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva un potencial para una nueva divulgación no autorizada y la información no puede ser protegido por las reglas de confidencialidad. Comprendo que mi registro puede contener información que se considera sensible bajo la ley.PHI no se puede utilizar o escanear, aun sin usted autoriza específicamente tal uso o divulgación en 42CFR Part2 de la federal confidencialidad de las normas. Esta información no se enviará sin especificación a las proporcionadas en estas reglas.regulations.

Firma del paciente : _____ Fecha: _____

Firma de Padres/ Representante legal _____ Fecha: _____

_____ Initial (Staff)