

AUTORIZACION PARA TRASMITIR ARCHIVOS MEDICOS

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____ Nombre Previo _____

Yo solicito y autorizo divulgar información relacionada con el paciente mencionado anteriormente por escrito o verbal

Para:	De:
Nombre: _____	Nombre _____
Dirección: _____	Dirección _____
Ciudad, Estado, Código : _____	Ciudad, Estado, Código: _____

Esta solicitud y autorización aplica para:

Archivo completo

Información de salud relacionada al siguiente tratamiento, condición, o fechas de tratamiento: _____

Otro

Propósito de revelación:

Cuidado Médico Información Personal (Cobro adicional de \$20.00 más \$.50 por página)

Seguro Portador de compensación del trabajador

Yo entiendo y reconozco que mi archivo medico pudiera contener información relacionada a exámenes, diagnósticos y/o tratamiento de uso de Alcohol, uso de Droga, VIH, enfermedades sexuales, desordenes psiquiátricos y/o información de salud mental.

_____ Si he sido examinado, diagnosticado, o tratado por uso de alcohol y/o drogas, VIH (virus de Sida), enfermedades sexuales, desordenes psiquiátricos, y/o temas de salud mental, doy autorización específica para transmitir toda la información de salud medica contenida en el archivo designado para tal diagnóstico, examen o tratamiento.

Esta información ha sido divulgada a los partidos previamente mencionados para retención de archivos por lo cual esta confidencialmente protegida por la ley Federal. La regulación Federal (42CFR Parte 2) prohíbe divulgar de esta información sin consentimiento por escrito de la persona al cual le pertenece. Una autorización general para emitir de los archivos médicos u otra información NO es suficiente para este propósito.

_____	_____
Firma del Paciente	Fecha de firma

_____	_____
Firma de Representante autorizado del paciente	Fecha de firma

Relación o estatus si firmado por otro aparte del paciente (Padre, Guardián legal, representante personal, etc.)

Esta autorización para transmitir información SE VENDE EN 1 AÑO de la fecha de la firma, a no ser que notificación por escrito para revocar es recibido por la Grand Island Clinic, Inc. antes de transmitir la información.