



2444 West Faidley, PO Box 550, Grand Island, NE 68802-0550

Phone: 308-382-1100

Lab Fax: 308-385-0780 Insurance, Medical Records Fax: 308-385-0796

OB Fax: 308-385-0781 Peds Fax: 308-385-0789 Family Practice Fax: 308-385-0782

**PLEASE DO NOT FAX OVER 20 PAGES**

**AUTORIZACION PARA DIVULGAR REGISTROS MEDICOS**

**Numero de Contacto del Paciente:** \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

NSS \_\_\_\_\_ Nombre Previo \_\_\_\_\_

Solicito y autorizó la divulgación verbal o escrita de información de atención médica en el paciente mencionado anteriormente

A: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

**Esta Solicitud y autorización se aplica a:**

\_\_\_\_\_ Expediente médico completo

\_\_\_\_\_ Información de atención medica relacionada con el siguiente tratamiento, condición o fechas de tratamiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Propósito para la divulgación:**

\_\_\_\_\_ Atención medica \_\_\_\_\_ Información Personal (Cargo de \$20.00 por tarifa de manejo + \$.50 por página)

\_\_\_\_\_ Seguro \_\_\_\_\_ Portador de compensación de trabajo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Entiendo y acepto que mi registro medico puede contener información relacionada con pruebas, diagnósticos y/o tratamiento de consumo de alcohol, el uso de drogas, el VIH, enfermedades transmitidas sexualmente, trastornos psiquiátricos y/o información de salud mental.

Si se me ha hecho un diagnóstico, o he recibido tratamiento por uso de alcohol y/o drogas, VIH (virus del Sida) enfermedades transmitidas sexualmente, trastornos psiquiátricos y/o problemas de salud mental, doy autorización específica para divulgar toda la información medica contenida en los registros designados anteriormente para dicho diagnóstico, prueba o tratamiento.

Esta información se ha divulgado a la parte mencionada anteriormente para los registros cuya confidencialidad está protegida por la Ley Federal. La Regulación Federal (42 CFR Parte 2) prohíbe una mayor divulgación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece. Una autorización general para la divulgación de registros médicos u otra información NO es suficiente para este propósito.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

**For Office Use Only**

Send Out \_\_\_\_\_

Pick Up \_\_\_\_\_

Date Needed By \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

Physician/PA Approval \_\_\_\_\_

Verified Signature w/ID \_\_\_\_\_

Relación del representante autorizado del paciente  
(Padre, tutor legal, representante personal, etc.)

Esta autorización para la divulgación de información **Caduca un año después** de la fecha de la firma, a menos que la Grand Island Clinic Inc. Reciba una notificación por escrito para la revocación antes de la divulgación de la información.

**PEDIATRICS**

- Douglas A. Boon, MD
- Karen Higgins, MD
- Janice M. Kutilek, MD
- Timothy A. Gardner, MD
- Melissa K. Law, MD
- Joseph D. Law, MD
- Sarah Johnson, APRN, NP-C

**FAMILY PRACTICE**

- Douglas Herbek, MD
- Adam B. Brosz, MD
- Susan M. Newman, MD
- Lindsey C. Mettenbrink, DO
- Karen Johnson, APRN, NP-C
- Jessica Stanton, PA-C
- Paul Cramer, APRN, NP-C

**OBSTETRICS & GYNECOLOGY**

- Matthew J. Brennan, MD
- Molly A. Johnson, MD
- Kathryn M. Kenna, MD
- Erica L. Haake, MD
- Libby D.J. Crockett, MD

**INTERNAL MEDICINE**

- William J. Landis, MD