

Autorización Para La Liberación De Información Médica Protegida

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____
 Dirección _____ Ciudad _____
 Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

MOTIVO DE LA LIBERACION DE INFORMACION

- Transferencia de Cuidado Médico**
 Cobertura de Seguro
 Coordinación de Cuidados/ Recomendación del Paciente
 Mudanza
 Motivos Legales
 Otro Motivo
 Peticion del Paciente

FORMA PARA LIBERAR INFORMACION

- Primary Health Care Inc.**
 Centralized Medical Records Dept.
 1200 University Ave., Suite 200
 Des Moines, IA 50314
 Fax: (515) 248-1832

- Otro** (favor de especificar)

Nombre _____
 Dirección _____
 Teléfono _____ Fax _____
 Correo Electrónico _____

LIBERAR INFORMACION A

- Paciente**

- Primary Health Care Inc.**
 Centralized Medical Records Dept.
 1200 University Ave., Suite 200
 Des Moines, IA 50314
 Fax: (515) 248-1832

- Otra Persona** (favor de especificar)

Nombre _____
 Dirección _____
 Teléfono _____ Fax _____
 Correo Electrónico _____

INFORMACION A SER LIBERADA

- Archivo Completo** (los últimos 3 años, si es necesario expandir la fecha, especifique el rango en "Fecha de Servicio")
 Resultados de Laboratorio/Radiología
 Historial y Exámen Físico (último exámen físico o chequeo infantil)
 Resumen de Alta

Fecha de Servicio _____

- Registros de Facturación** (favor de especificar) _____
 Registros Dentales
 Registro de Vacunación
 Lista de Problemas/Lista de Medicamentos
 Otro: _____

Transmisión Electrónica De Archivos (Fax/Correo Electrónico) Autorizo la transmisión electrónica (fax/correo electrónico) de mis archivos médicos. Archivos pueden ser proporsionados en un disco protegido. Archivos impresos disponibles por petición.

AUTORIZACION ESPECIFICA PARA LIBERAR INFORMACION PROTEGIDA POR LEY ESTATAL O FEDERAL

Autorizo la liberación de la información mencionada en esta sección, la cual requiere consentimiento especial bajo ley Federal: (marque todas las opciones que apliquen e incluya sus iniciales en la línea adyacente.) (Nota: Dependiendo de cuales opciones fueron seleccionadas, existe la posibilidad que no podamos cumplir con esta autorización.)

- Abuso de Substancias** _____ (iniciales)
 (Drogas or Alcohol)
 Tratamiento de Salud Mental/Diagnóstico/Resultados de Pruebas _____ (iniciales)(excluye psicoterapia)
 Información Relacionada con el VIH/SIDA _____ (iniciales)
 Genética _____ (iniciales)

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Nombre/Relación con el Paciente

Esta autorización permanecerá vigente por _____ meses, pero no más de 1 año a partir de la fecha en que la forma fue firmada. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, con excepción de cualquier acción que ya haya sido tomada antes de la cancelación. Esto se haría por escrito dirigido a Primary Health Care, Inc. Entiendo que tengo el derecho de ver la información que será liberada e inspeccionarla, solicitándola a través de una notificación a Primary Health Care, Inc., bajo sus condiciones. Entiendo que mi cuidado médico y su pago no se verán afectados por el hecho de firmar esta forma. Entiendo que completar esta forma es un acto voluntario. Entiendo que si el recipiente de esta información no es un proveedor de cuidado médico, la información liberada puede ya no seguir siendo protegida por reglas de privacidad bajo ley Federal y es susceptible a ser re-distribuida. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta forma completada.

Esta información ha sido desglosada para usted a través de registros protegidos por reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2) y requisitos estatales (Iowa Code, ch 228). Reglas federales le prohíben que divulgue cualquier información en este archivo en donde se identifique al paciente como teniendo o habido tenido un problema de abuso de sustancias de manera directa, en referencia a información pública disponible, o a través de alguna verificación a través de otra persona. La excepción sería que haya permiso por escrito de la persona de quién la información está siendo liberada o de alguna otra manera permitida en 42 CFR parte 2. Una autorización general para la liberación de información médica NO es suficiente para este propósito (ver § 2.31). Reglas federales restringen cualquier uso de esta información con el proposito de investigar o enjuiciar a cualquier paciente con respecto a un crimen relacionado con abuso de sustancias, con la excepción de §§ 2.12(c)(5) y 2.65.

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Nombre/Relación con el Paciente

Fecha

Firma de Testigo