



74 W 2nd St, Yuma AZ 85364 – Phone (928) 257-1223 – Fax (928) 267-4091

Autorizacion Para Entregar Informacion Medica Protegida

Autorizo a _____ que divulgue la informacion de salud protegida (PHI) de la historia clinica de:

Nombre de Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Direccion postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Dia de pedido: _____

Autorizo que se divulgue la informacion de salud protegida de las siguientes fechas:

Desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha).

Divulgar a:

Paciente Conyuge (nombre): _____

Doctor (nombre): _____

Terceros (name): _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____

Telefono: _____ Fax: _____

Proposito de la divulgacion: _____

Como le gustaria recibir, por: Correo electronico: _____

Correo Fax Recojer en persona

Descripcion especifica de la PHI que se divulgara:

Visita a la oficina- Fecha: _____ Historia clinica completa- Fecha de inicio: _____

Imagenes diagnosticas- Fecha: _____ Informe de laboratorio- Fecha: _____

Registros financieros: _____ Otros: _____

Autorizo al proveedor para que use o divulgue la informacion que se relacione con lo siguiente:

Tratamiento contra el abuso de alcohol y/o droga, **inicial** _____

SIDA/VIH y otras enfermedades transmisibles, **inicial** _____

Atencion psiquiatrica/information de atencion mental y salud conductual, **inicial** _____

Comprendo que al no firmar esta autorización la clinical Optimal Care and Wellness no me negará de recibir el tratamiento que tengo el derecho de recibir, dado que esta informacion no sea requerida para determinar si soy elegible para recibir tratamiento o pagar los servicios que reciba.

Esta autorización se encuentra sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que la entidad, que debe hacer la divulgación, ya haya tomado medidas basándose en ella. A menos que se revoque previamente, ésta se caduca en un año o en la siguiente fecha: _____

Comprendo que, si esta información se divulga a un tercero, puede que la información ya No esté protegida por los reglamentos federales de privacidad y es posible que sea divulgada de nuevo por la persona u organización que recibió dicha información.

Comprendo los temas analizados en este formulario. Eximo al proveedor, sus empleados, directores, miembros del personal médico y socios comerciales de toda responsabilidad u obligación legal por la divulgación de la información señalada anteriormente según lo indicado y autorizado en la presente.

Firma del paciente

Fecha

Persona responsable por tomar decisiones

Relacion con el paciente