CENTRO DE SALUD RURAL DE LA MONTAÑA DE BOSTON, INC.

Autorización para divulgar información de salud protegida

Información del paciente: ***(Complete la información de nombre, fecha de nacimiento y SSN en la sección a continuación).***			
Nombre completo:		**Fecha de Nacimiento:**	
NSS:		**Número de cuenta:**	

1. Autorizo la divulgación de los registros médicos de la persona mencionada anteriormente como se indica a continuación:
2. Autorizo a la entidad indicada en la sección "Divulgar información de" a realizar la divulgación a la entidad indicada en la sección "Divulgar información a" a continuación:

Divulgar información de:	**Divulgar información a:**
☐ Centro de Salud Rural de Boston Mountain, Inc. PO Box 1030, Marshall, AR 72650 ☐ Otro:_____ _____ _____	☐ Centro de Salud Rural de Boston Mountain, Inc. PO BOX 1030, Marshall, AR 72650 + Teléfono 870.448.5733 Fax:877.553.0085 ☐ Otro:_____ _____ _____

3. El tipo de información a revelar es la siguiente:

Fechas de servicio (opcional): **A:** **De:**
☐ **Notas clínicas** ☐ **Informes de laboratorio** ☐ **Informes de radiología** ☐ **Imágenes de radiología** ☐ **Informes de patologia** ☐ **EKG** ☐ **Información de facturación** ☐ **Visita de salud conductual Resumen** ☐ **Otra :**_____

4. Mi información que acepto compartir puede ser confidencial. Puede incluir información de diagnóstico y tratamiento. Puede cubrir enfermedades crónicas, condiciones de salud mental/comportamental y abuso de alcohol o drogas. Puede cubrir enfermedades transmisibles, resultados de laboratorio, enfermedades de transmisión sexual e información de marcadores genéticos.

5. Esta información para la cual estoy autorizando la divulgación se utilizará para los siguientes**objetivo**:
   ☐ **Uso personal** ☐ **Cuidado continuo** ☐ **Propósitos legales** ☐ **Propósitos de seguro**

   ☐ **Otro** _____

6. Entiendo que tengo derecho a retirar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si retiro esta autorización, debo hacerlo por escrito y dar mi retiro por escrito a la entidad que hace la divulgación. Entiendo que detener esta divulgación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada por esta autorización. Entiendo que el retiro no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza.

7. Esta autorización será**expirar**_____***(insertar fecha o evento)***. Si no especifico una fecha de vencimiento o un evento, esta autorización vencerá a los 90 días a partir de la fecha en que se firmó.

8. Entiendo que una vez que se divulga la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las leyes o reglamentos federales de privacidad.

9. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para recibir beneficios. Puedo inspeccionar u obtener una copia de cualquier información utilizada o divulgada bajo esta autorización.

10. Entiendo que la entidad que hace la divulgación puede recibir pago por los costos de copiar la información solicitada.

_____ _____

Firma del paciente O padre, tutor o representante authorizado Fecha

(Si no es paciente, circule la relación arriba.)

_____ _____

Firma de testigo Fecha

SÓLO PARA USO DE OFICINA: ☐ Recogido (quién)_____ ☐ Enviado por correo ☐ enviado por fax

☐ Otro_____

☐ Identificación verificada (ej. copia de licencia de conducir, firma de cheque, etc.) Comentarios:_____

Personal de oficina:_____ Fecha:_____ _____ 4/19