



AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN MÉDICA

Yo autorizo a CommUnityCare a *dar/obtener* (marque una) información médica relacionada con:

Nombre del paciente: _____ N° de Seguro Social XXX-XX-_____ N° de Registro médico _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico _____

Esta información se puede *dar a/obtener de* (marque una):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Dirección de remitente de CommUnityCare:

Por favor proporcione la siguiente información, indicada con una "X":
(Marque todas las que correspondan):

Fechas de servicio de _____ a _____

2 años de registros Registro dentales

Apuntes de la consulta/progreso Radiografía dentales

Diagnóstico por imágenes Facturación

Resultados de análisis Diagnóstico

Vacunas Lista de medicamentos

Otros _____

Se requieren sus iniciales para dar la siguiente información:

INICIAL

Información médica de VIH/ Prueba _____

Registros de salud mental _____

Registros de abusos de sustancias/alcohol _____

Registros MAT _____

Información de análisis genéticos _____

Esta información es necesaria para los siguientes motivos:

Atención de seguimiento Personales Beneficios de discapacidad Legal Otros Por favor explique _____

Por favor divulgue mi información por:

Correo postal Recoger en la Clínica _____ MyChart

Formato: Papel Electrónico (CD) Fax No. de Fax. _____

El paciente o el representante del paciente debe leer las siguientes declaraciones:

Yo, el abajo firmante, entiendo que esta autorización es válida hasta que ocurra lo siguiente primero: mi fallecimiento, que alcance la mayoría de edad, que se retire el permiso, o hasta la siguiente fecha específica: Mes _____ Día _____ Año _____. Si retiro mi permiso, entiendo que debo completar el formulario de revocación de autorización por escrito. Entiendo que la prestación de mi atención médica y el pago de la misma no se verán afectados si no firmo este formulario. Una vez que esta autorización expire, CommUnityCare ya no podrá usar ni divulgar mi información para los fines mencionados anteriormente sin una nueva autorización.

DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN RELACIONADA CON REGISTROS DE TERAPIA MÉDICA ASISTIDA

*Este registro que se le ha divulgado está protegido por normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Estas normas federales le prohíben hater cualquier divulgación adicional de este registro a menos que dicha divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito del individuo cuya información se divulga en este registro o esté permitida por 42 CFR parte 2. Una autorización general para divulgar información médica u otra información ****NO**** es suficiente para este propósito (ver §2.31).*

Las normas federales también limitan cualquier uso de esta información para investigar o enjuiciar a un paciente con un trastorno por uso de sustancias en relación con un delito, excepto en los casos permitidos por §§2.12(c)(5) y 2.65.

FIRMA del paciente o parte interesada

Fecha

RELACIÓN con el paciente

TESTIGO _____

MOTIVO por el cual el paciente no firma _____