



AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN MÉDICA

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

Nombre del paciente Fecha de nacimiento N° de Seguro Social XXX-XX-

Domicilio Fecha de servicio

Ciudad Estado Código postal Número de teléfono

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

Nombre

Domicilio

Ciudad/Estado Código postal Teléfono

Dirección de remitente de CommUnityCare:

Por favor proporcione la siguiente información, indicada con una "X":

- Apuntes de la consulta, Registros médicos, Registros externos, Resultados de análisis, Dental, Otro, especificque, Resultados de radiografías, Placas dentales, Placas de radiografía, Informes de la consulta, Registro de vacunación, Registros de eliminación de tuberculosis

Se necesitan sus iniciales para divulgar la siguiente información:

INICIALES

- Información médica de VIH, Registros de salud mental (Psiquiatría), Registros de abuso de sustancias, Información genética (incluyendo los resultados de los análisis genéticos)

Esta información es necesaria para los siguientes motivos:

- Atención de seguimiento, El paciente solicita la información, Beneficios de discapacidad, Abogado, Otros Por favor explique

¿Habrá compensación financiera como resultado del uso o divulgación? Sí No

Por favor divulgue mi información por: Correo postal Recoger personalmente

Formato: Papel Electrónico (CD) Fax (Solo para emergencias o a proveedores) (No. de Fax.)

El paciente o su representante debe leer los siguientes enunciados:

Yo, el abajo firmante, entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito completando el formulario de autorización de revocación, excepto al grado que se hayan tomado medidas dependiendo de esto y de cualquier manera este consentimiento vencerá en 12 meses desde la fecha en que se firmó a menos que se especifique lo contrario (Fecha en que se especificó lo contrario).

Entiendo que la información mencionada arriba puede incluir expedientes/informes de otros proveedores de atención médica que participan en mi atención o tratamiento. He leído esta autorización y entiendo qué información será usada o dada a conocer, quién puede usar o dar a conocer la información y quiénes recibirán la información.

Entiendo que cualquier información solicitada arriba puede incluir resultados de análisis de enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) si es que se realizó alguno. Además, entiendo que cualquier información solicitada arriba puede incluir resultados de abuso de alcohol/drogas (sustancias) y/o diagnóstico y tratamiento de trastornos psicológicos.

Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la infamación descrita en este formulario si la solicito, y que recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.

Si el formulario no está completo quizás no podamos cumplir con su solicitud.

A LA PARTE QUE RECIBE ESTA INFORMACIÓN: Se le está dando a conocer a usted esta información de registros en donde la confidencialidad puede estar protegida por leyes federales y/o estatales. De ser así, las regulaciones 42 CFR, Parte 2, prohíben cualquier divulgación adicional sin el consentimiento escrito específico de la persona a la que le pertenece esta información o como esté permitido de otra manera por tal regulación.

FIRMA del paciente o parte autorizada

Fecha

RELACIÓN con el paciente

TESTIGO

MOTIVO por el cual el paciente no firma