



301.745.3777 - www.familyhch.org

Fecha de Solicitud _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA IDENTIFICABLE DEL PACIENTE

Este formulario de autorización está diseñado para cumplir con los requisitos de los reglamentos federales de privacidad emitidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos en 42 CFR 164.508 y el Código Anotado de Maryland, Título 10, Artículo General de Salud 4-301-4-307.

Por la presente autorizo a Family Healthcare of Hagerstown a _____ liberar _____ para obtener de:

(Nombre del médico y del consultorio, hospital, abogado, compañía de seguros, etc.)

(Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal)

(Número de Teléfono)

La siguiente información de salud de los registros médicos de:

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Número de Seguro Social

Información específica que debe divulgarse:

- Registro Completo
- Resultados de la Prueba (especifique) _____
- Historial y Examen Físico Más Reciente, Resumen del Alta, Informe Operativos(s), y Consultas(s)
- Registro Dental
- Otro (especifique) _____
- Limitaciones (especifique) _____

Información específica que debe divulgarse: Pacientes Nuevos

- Notas más recientes de Office
- Mamografía y Papanicolaou
- Colonoscopia
- Todos los resultados de laboratorio en un plazo de 1 año
- Consultas Activas
- Todos los informes de radiología

Información Específica que debe divulgarse: Salud Mental

- Registro Completo
- Lista de Medicamentos
- Notas sobre la Terapia
- Notas de Progreso
- Limitaciones (especifique) _____
- Otro (especifique) _____

Esta información de salud es necesaria para:

- Uso Personal
- Continuación de Atención Médica/Dental
- Escuela
- Seguro
- Razones Legales
- Seguro Social/Discapacidad
- Militar
- Otro _____

Yo sí _____ No _____ deseo que se divulgue información sobre VIH/SIDA bajo esta autorización.

Yo sí _____ No _____ deseo que se divulguen los registros de salud mental bajo esta autorización.

Yo sí _____ No _____ deseo que información sobre el tratamiento de abuso de drogas/alcohol se divulgue bajo esta autorización.

También entiendo que la persona que da la autorización por medio de una notificación escrita y fechada a Family Healthcare of Hagerstown puede revocar esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación 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. Esta autorización expira un año después de la fecha de la firma, a menos que especifique lo contrario o la revoque.

Entiendo que una vez que la información anterior es divulgada, puede ser divulgada de nuevo por el receptor y las leyes o regulaciones federales de privacidad pueden no proteger la información.

Entiendo que autorizar el uso o divulgación de la información de salud identificada anteriormente es voluntario. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento médico.

Entiendo que se me puede cobrar por las copias de mi información médica.

Si usted está transfiriendo la atención, por favor díganos su razón. Gracias. _____

Firma del padre/albacea/representante legal

Fecha

Firma del Paciente

Fecha

Testigo

Fecha

Testigo

Fecha

201 S. Cleveland Avenue

Hagerstown, MD 21740

301-745-3777

Fax 301-393-3453

Walnut Street Community Health Center, Inc. hace negocios como Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe fondos a través de Health and Human Services (HHS) y es un beneficiario bajo 42 U.S.C. 254b. La FHH tiene Servicios Federales de Salud Pública (PHS) considerados como relacionados con ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud bajo 42 U.S.C. 233(g)-(n). Esto incluye reclamos por negligencia médica para sí mismo y sus individuos cubiertos. La FHH es una organización sin fines de lucro bajo la sección 501(c)3 del Código del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Esta institución es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades