Fecha de la solicitud_____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA IDENTIFICABLE DEL PACIENTE

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

Por la presente autorizo a Family Healthcare of Hagerstown para_____ divulgar a _____obtener de:

_____

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

_____

(Dirección, ciudad, estado, código postal) (Número de teléfono) (Número de fax)

La siguiente información sanitaria de los historiales médicos de:

_____ _____ _____

Nombre del paciente Fecha de nacimiento Número de seguro social

Información específica que debe divulgarse (incluye pacientes nuevos):

□ Expediente completo □ Otro (especifique) _____□ Resultados de las pruebas (especifique) _____
□ Limitaciones (especifique)_____ □ Historial odontológico

□ Historial y examen físico más recientes, resumen del alta, informe(s) quirúrgico(s) y consulta(s)
□ Notas más recientes del médico □ Mamografías y citologías □ Colonoscopia
□ Todos los resultados de laboratorio en el plazo de 1 año □ Consultas activas □ Todos los informes radiológicos

Información específica que debe divulgarse: Salud mental

□ Expediente completo □ Lista de medicamentos □ Notas de terapia □ Notas de evolución
□ Limitaciones (especifique) _____ □ Otro (especifique) _____

Esta información sanitaria es necesaria para:

□ Uso personal □ Continuación de atención médica/ dental □ Escuela □ Seguro
□ Razones jurídicas □ Seguro Social/Discapacidad □ Milicia □ Otro _____

Deseo __No deseo ___que se divulgue información sobre el VIH/SIDA en virtud de esta autorización.
Deseo __No deseo ___que se divulguen expedientes de salud mental en virtud de esta autorización.
Deseo __No deseo ___que se divulgue información sobre el tratamiento del abuso de drogas/alcohol en virtud de esta autorización.

También comprendo que la persona que otorga la autorización puede revocarla mediante notificación escrita y fechada a Family Healthcare of Hagerstown. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi asegurador el derecho a impugnar una reclamación en virtud de mi póliza. Esta autorización caduca un año después de la fecha de la firma a menos que yo especifique lo contrario o la revoque. Entiendo que una vez divulgada la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que las leyes o reglamentos federales sobre privacidad no protejan la información. Entiendo que autorizar el uso o la divulgación de la información sanitaria identificada anteriormente es voluntario. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento sanitario. Entiendo que se me puede cobrar por las copias de mi información sanitaria.

_____ _____

Firma del padre/ejecutor/representante legal Fecha Firma del paciente Fecha

_____ _____

Testigo Fecha Testigo Fecha

201 S. Cleveland Avenue Hagerstown MD 21740 301-745-3777 Fax 833-450-3533

Walnut Street Community Health Center, Inc. opera como Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe fondos a través de Health and Human Services (HHS) y es un concesionario bajo 42 U.S.C. 254b. La FHH tiene la consideración de Servicio Público Federal de Salud (PHS) en relación con determinadas reclamaciones sanitarias o relacionadas con la salud en virtud del 42 U.S.C. 233(g)-(n). Esto incluye las reclamaciones por negligencia médica propias y de sus asegurados. La FHH es una organización sin fines de lucro conforme a la sección 501(c)3 del Código del IRS. Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.