

**Autorización para Revelar Información de Salud Protegida (PHI)**
**SECCIÓN 1 – Datos Demográficos Del Paciente**

Nombre	Inicial	Apellido	
Apellido de Soltera u otro nombre usado	Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

**SECCIÓN 2 – Identificación de la Entidad/Personas / Clase de Personas autorizadas para recibir PHI**
**Revelar Información DESDE:**
 Health Ministries Clinic

Instalación: \_\_\_\_\_

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Fax		

**Revelar Información A:**
 Health Ministries Clinic

Instalación: \_\_\_\_\_

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Fax		

**SECCIÓN 3 – Propósito**
**A solicitud del individuo, el propósito de esta revelación es:**

- Continuación de Atención Médica  
 Cambio de Proveedores  
 Otros: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 4 – Marque la descripción de la Información de Salud Protegida que será revelada:**
**Registros Más Recientes (últimos 18 meses)**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bienestar/Exámenes Físicos         | <input type="checkbox"/> Imágenes       | <input type="checkbox"/> Mamografía            |
| <input type="checkbox"/> Examen de la Vista para Diabéticos | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio            | <input type="checkbox"/> Colonoscopia   |  |
- SOLO la información especificada: \_\_\_\_\_

Especifique las fechas del tratamiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SECCIÓN 5– Expiración**

Esta autorización permanecerá en efecto hasta la fecha de \_\_\_\_\_ (o la ocurrencia de un evento específico) en cuyo momento esta autorización para revelar la información de salud identificada expira, pero a más tardar un año a partir de la fecha indicada a continuación. Si se deja en blanco, la autorización permanecerá en efecto durante 60 días después de la fecha indicada a continuación.

- No  Si, Autorizo la revelación de información relacionada a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH).  
 No  Si, Autorizo la revelación de información relacionada a servicios de salud conductual o mental, y tratamiento del abuso de alcohol y drogas.

**SECCIÓN 6 – Declaración de Entendimiento**

Yo, el abajo firmante, he leído lo anterior y autorizo la revelación de dicha información médica tal y como se describe. Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria y puedo rechazar firmarla.
- El tratamiento no está condicionado a la ejecución de esta autorización.
- Si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las normas Federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede ser revelada de nuevo y deja de estar protegida por dichas normas.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la persona indicada a continuación, enviando por correo o entregando personalmente una notificación por escrito a la siguiente: Privacy Officer, Health Ministries Clinic, 720 Medical Center Dr., Newton, KS 67114
- Si revoco esta autorización, no tendrá ningún efecto sobre las revelaciones ya realizadas en relación con esta autorización.
- Autorizo el uso o la revelación de la Información Médica Protegida (PHI) según lo descrito arriba y puedo recibir una copia de este formulario.
- Pueden aplicarse cargos por la preparación y el envío de copias de los registros, incluyendo un cargo por mano de obra y materiales de hasta \$18.97 por solicitud, un cargo por copia de hasta \$0.63 por las primeras 250 páginas y \$0.45 por las páginas adicionales, y el costo razonable de todas las duplicaciones de registros que no puedan duplicarse rutinariamente en una fotocopiadora estándar.

Nombre Deletreado de la Persona o del Representante Legal

Fecha

Firma de la Persona o del Representante Legal

Relación con Paciente

Número de Teléfono