

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: <input type="checkbox"/> Health Ministries Clinic Instalación: _____ <hr/> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Dirección</td> <td style="width: 25%;">Ciudad</td> <td style="width: 25%;">Estado</td> <td style="width: 25%;">Código postal</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Teléfono</td> <td colspan="2">Fax</td> </tr> </table>	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono		Fax		Revelar Información A: <input type="checkbox"/> Health Ministries Clinic Instalación: _____ <hr/> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Dirección</td> <td style="width: 25%;">Ciudad</td> <td style="width: 25%;">Estado</td> <td style="width: 25%;">Código postal</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Teléfono</td> <td colspan="2">Fax</td> </tr> </table>	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono		Fax	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal														
Teléfono		Fax															
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal														
Teléfono		Fax															

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

- Continuación de Cuidados Médicos
- 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 | <input type="checkbox"/> Otros |
- 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 abajo. **Si se deja en blanco, la autorización permanecerá en efecto durante 60 días después de la fecha indicada abajo.**

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.

No Si, Autorizo la revelación de información relacionada a la salud reproductiva.

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