

Ponga la Etiqueta Aquí

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Fecha:



Health Ministries Clinic  
COMMUNITY HEALTH CENTER

UNO POR SOLICITUD

Health Ministries Clinic  
720 Medical Center Drive  
Newton, KS 67114  
Tel: (316) 283-6103  
Fax: (316) 283-1333

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:

Instalación: Health Ministries Clinic \_\_\_\_\_

|                        |        |        |               |
|------------------------|--------|--------|---------------|
| 720 Medical Center Dr. | Newton | KS     | 67114         |
| Dirección              | Ciudad | Estado | Código postal |
| 316-283-6103           |        |        | 316-283-1333  |
| Teléfono               |        |        | Fax           |

Revelar Información A:

Instalación: \_\_\_\_\_

|           |        |        |               |
|-----------|--------|--------|---------------|
|           |        |        |               |
| 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 fotocopidora 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