

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:				Revelar Información A:					
Instalación: _____				Instalación: Health Ministries Clinic _____					
				720 Medical Center Dr. Newton KS 67114					
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
					316-283-6103				316-283-1333
Teléfono		Fax			Teléfono				Fax

SECCIÓN 3 – Propósito	SECCIÓN 4 – Marque la descripción de la Información de Salud Protegida que será revelada:
-----------------------	---

☐ A solicitud del individuo, el propósito de esta revelación es:	☐ Registros Más Recientes (últimos 18 meses)		
☐ Continuación de Cuidados Médicos	☐ Bienestar/Exámenes Físicos	☐ Imágenes	☐ Mamografía
☐ Cambio de Proveedores	☐ Examen de la Vista para Diabéticos	☐ Inmunizaciones	☐ Lista de Medicamentos
☐ Otros: _____	☐ Reportes de Laboratorio	☐ Colonoscopia	☐ 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