

Autorización para Divulgar Registros Médicos

Esta solicitud se refiere a información médica sobre:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac: _____

N.º de registro médico _____ Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Autorizo a S.N.A.H.C o a la entidad mencionada a continuación a divulgar la siguiente información:

- | | | | |
|--|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Farmacia/Recetas | <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Laboratorios | <input type="checkbox"/> Notas de odontología |
| <input type="checkbox"/> Facturación | <input type="checkbox"/> Imágenes | <input type="checkbox"/> Notas de consulta hospitalaria | <input type="checkbox"/> Radiografías dentales |
| <input type="checkbox"/> Notas de consulta (Méd) | | | |

Período: últ consulta últ 30 días últ 6 meses últ año últ 2 años. _____

Ponga sus iniciales junto a cada elemento autorizado para divulgación. *Si no tiene sus iniciales, no se divulgarán.*

<input type="checkbox"/> VIH / SIDA	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias/Tratamiento	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Psiquiatría	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Servicios de salud mental

Persona/Organización que divulgará la información

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Sacramento Native American Health Ctr.

Persona/Organización que recibirá la información

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Sacramento Native American Health Ctr.

Espere hasta 15 días hábiles para el procesamiento de esta solicitud.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac: _____ N.º de reg. médico _____

Proveedor de S.N.A.H.C. que solicita registros: _____

Motivo de la divulgación (marque uno): Personal Tratamiento

Firma del paciente/representante legal del paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente/representante legal del paciente (imprenta): _____

Si corresponde:

Firma del padre/tutor: _____

Nombre del padre/tutor (imprenta): _____

Relación con el paciente: _____ **Fecha:** _____

Puedo negarme a firmar esta autorización. Tengo derecho a recibir una copia de la presente. Sacramento Native American Health Center no puede rechazar un tratamiento por negarme a firmar, excepto en circunstancias limitadas. Si esta autorización no ha sido revocada, caducará en un año a partir de la fecha de mi firma, a menos que haya especificado una fecha o evento de caducidad diferente. (Ingrrese la fecha si difiere de un año después de la fecha antes indicada): _____

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito ante el centro y el departamento al que se hizo la autorización original en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en ella. Entiendo que si la organización a la que he autorizado para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales sobre privacidad. [(Título 45, artículo § 164.508(c) (2) (iii) del Código de Regulaciones Federales (CFR)]

Las reglas federales prohíben que la persona u organización que recibe esta información haga más divulgaciones a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita el título 42 del CFR, Parte 2.