

Clínica Médica EagleCare (EagleCare Medical Clinic)

Cumplimiento HIPAA: Autorización para desglosar información de salud

INFORMACION DEL PACIENTE **POR FAVOR DEVOLVER POR FAX AL (970) 569-7522**

Apellido del paciente:		Primer nombre:		Nombre del medio:		Fecha de nac:	
Domicilio:			Seguro Social No.:		No. Tel. Casa: ()		
Casilla de Correo:		Ciudad:		Estado:		Código Postal	

INFORMACION

<input type="checkbox"/> Registro de cobranzas <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Laboratorios	<input type="checkbox"/> Notas clínicas del medico <input type="checkbox"/> Archivos prenatales <input type="checkbox"/> Reportes de radiología <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología/CD	<input type="checkbox"/> Otro, según lo especificado abajo:
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

Fecha del servicio	Propósito del desglose:
--------------------	-------------------------

Este consentimiento/autorización es para entregar información de salud a:

Nombre		Número de teléfono:	
		No. de Fax:	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal

Este consentimiento/autorización permanecerá en efecto durante 180 días a partir de la fecha de su firma.

Autorizo al Centro Medico del Valle de Vail a entregar la información de salud descrita más arriba y entiendo que: Información desglosada de acuerdo a este consentimiento/autorización puede incluir información sobre enfermedades de transmisión sexual, SIDA/HIV, y condiciones fisiológicas o psiquiátricas, **a menos que se restrinjan de acuerdo a lo siguiente:** _____

- Una vez que la información es desglosada de acuerdo a este consentimiento/autorización firmada, entiendo que la ley federal de privacidad (45 C.F.R partes 160 y 164) protegiendo información de salud puede no aplicar al recipiente de esta información, y por ende, puede no prohibir al recipiente de desglosarla.
- Puedo revocar este consentimiento/autorización en cualquier momento, excepto al punto que se haya tomado acción en relación con esto. Para revocarlo, debo proveer al Oficial de Privacidad-a la dirección que figura más abajo en este formulario- con una revocación por escrito la cual no entrara en efecto hasta que sea recibida y aprobada por el Oficial de Privacidad.
- Puedo rehusarme a firmar este consentimiento/autorización y esta negativa no afectara el tratamiento que el Centro Medico del Valle de Vail provee al paciente, a menos que el paciente este buscando recibir cuidado médico con el solo propósito de crear información de salud para desglosar a un tercero.

Firma del paciente, pariente o representante legal	Fecha
----------------------------------------------------	-------

Si es firmado por representante legal, la autoridad del representante legal para actuar en nombre del paciente.

For Office Use Only	
Date Information Released:	Medical Record Number:
Information Released by:	No. of Pages:
	No. of CD's: