



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ 4 Últimos Números de Seg Soc #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre de la persona que da el consentimiento), por este medio autorizo Centro de JHC a:

- DIVULGAR A (dar los registros) \*** Si está marcada, JHC será "La divulgación de Proveedor"  
 **OBTENER DE (tener registros enviados a JHC)** Si está marcado, los nombrados a continuación será "La divulgación de Proveedor"  
 **HABLAR CON** Si está marcado, puede hablar con

\_\_\_\_\_  
 (Nombre de la Institución / Persona / Designado) (Relación con el Paciente) (# Teléfono) (Fax #)

(Dirección - calle, ciudad, estado, código postal dónde enviar los registros -o bien si va a recoger registros)

**La siguiente información personal de salud: (hace un ✓ en todo lo que corresponda):**

<input type="checkbox"/>	Notas Médicas de Oficina	<input type="checkbox"/>	Declaración de Cargos y Pagos	<input type="checkbox"/>	VIH / SIDA / La información genética
<input type="checkbox"/>	Laboratorio / Rayos de X o Resultados Imágenes	<input type="checkbox"/>	Información de Alcohol / Sustancia/ Examen de Drogas	<input type="checkbox"/>	Exámenes, informes, notas psicológicos o mentales
<input type="checkbox"/>	Registros Dentales	<input type="checkbox"/>	Lista de problemas, lista de medicamentos, vacunas, las gráficas del crecimiento	<input type="checkbox"/>	Otro:

**\* AVISO:** La información aprobada para su divulgación puede estar protegida por las Regulaciones Federales (42 CFR Parte 2). El Reglamento Federal prohíbe a un destinatario de hacer cualquier otra revelación de información sobre alcohol y abuso de sustancias sin el permiso adicional por consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Esto también restringe cualquier uso de la información para penalmente investigar o procesar a cualquier paciente de alcohol o drogas abuso y limita los que puede actuar en nombre de un paciente que ha sido declarado mentalmente incompetente por un tribunal y asignado a un individuo que ha sido nombrado tutor legal del paciente. 42 CFR permite accesos limitados sobre pacientes fallecidos cuando es requerido por las leyes federales o estatales para la recopilación de estadísticas vitales o investigación sobre la causa de muerte. Cualquier otra divulgación de información de identificación de un cliente fallecido como un abusador de alcohol o drogas está sujeta al 42 CFR.

**Quiero que esta información intercambiada con el objetivo siguiente (s) (marque los que apliquen):**

<input type="checkbox"/>	A petición del Paciente o Guardián	<input type="checkbox"/>	Cambio de médicos y / o Continuar el Tratamiento	<input type="checkbox"/>	Coordinación de Servicios / de Referencia	<input type="checkbox"/>	Otro:
--------------------------	------------------------------------	--------------------------	--	--------------------------	---	--------------------------	-------

**Esta autorización se aplica**  **toda la información -O-**  **la información a partir de (fecha)** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **a (fecha)** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 A medida que la persona que firma esta autorización, entiendo que 1) el proveedor Reveladora y sus empleados, agentes y voluntarios, se liberan de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizados en el presente documento, y la información pueden ser re-revelada por el recipiente (que no sea como se ha señalado en el 42 CFR Parte 2) o perder las protecciones previstas por la ley, 2) puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que el proveedor Reveladora ya ha tomado curso a la solicitud original para la liberación de mi información médica, 3) Si se utiliza esta forma para permitir JHC a divulgar la información a otro proveedor u otra tercera parte, me puedo negar a firmar esta forma y mi firma de esta autorización no es una condición de mí para recibir tratamiento en JHC, 4) si los registros son copiados para mi propio uso, soy responsable de una cuota por las copias de la siguiente manera: para copias impresas: \$ .50 / pg. de 1-50 páginas más \$ .25 / pg. para más de 51 páginas, de las copias electrónicas: \$ 0.25 / CD; más una cuota de manejo de \$ 10; más el costo de envío, en su caso; y no hay ningún cargo si los registros son enviados a un proveedor o centro de atención continua o tratamiento de seguimiento, 5) CDs o correos electrónicos que contienen la información de mi médico no serán encriptados o protegidos con contraseña, y 6) que serán dados una copia firmada de esta autorización si la solicito.

**A menos que se revoque antes, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición:** \_\_\_\_\_  
**Si no se introduce la fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización expirará 1 año desde la fecha de la firma.**

(Firma de la persona que da el consentimiento)

(Fecha)

**Mi relación con el paciente es:**  Yo  Padre  Poder de Abogado  Guardián Legal  
 (PDA Y GL debe presentar documentación de la relación autorizado)

**Staff Use:** Identification presented: DL \_\_\_\_\_ State ID \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_ Staff Name: \_\_\_\_\_

Medical Records Mailed/Picked up: Date \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_ MR Staff: \_\_\_\_\_