



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"

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

\_\_\_\_\_  
(Dirección - calle, ciudad, estado, código postal dónde enviar los 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, al llenar la forma- La Revocación de Autorización para Descargar Información Protegida de Salud (PHI), 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)** que serán dados una copia firmada de esta autorización si la solicitud.

**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: \_\_\_\_\_