

Autorización para obtener y/o divulgar información confidencial

Nombre del paciente: _____
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Domicilio: _____
Calle Ciudad/localidad/estado Código postal

Fecha de nacimiento: _____

Por el presente autorizo a Tri-County Community Action Agency a:

- Obtener de: Divulgar a: Consentimiento para enviar por fax la información de salud

Nombre: _____ **Agencia:** _____

Domicilio: _____
Calle Ciudad/localidad/estado Código postal

Teléfono: _____ **Fax:** _____

- Forma de divulgación:** Comunicación verbal **Comunicación escrita**

La información que se divulga/solicita incluye: (Marque todas las opciones que correspondan)

- Resumen de atención médica (vacunación, detección de plomo, examen de Papanicolau, mamografía, colonoscopia, examen físico más reciente, lista de medicamentos, lista de problemas, etc.).
- Todos los registros médicos
- Todos los registros odontológicos
- Todos los registros de salud de la conducta
- Otros (especifique): _____

Especifique las fechas de tratamiento de los registros que se van a divulgar:
 Desde: _____ Hasta: _____

La información confidencial que se divulga/solicita incluye: (Marque y firme con sus iniciales todas las opciones que correspondan)

- _____ Salud mental o servicios sociales
- _____ Abuso de sustancias
- _____ VIH/SIDA

Esta información es necesaria para los siguientes fines:

- Atención de paciente
- Solicitud de paciente
- Transferir mi atención médica
- Otros: _____

Comprendo que mis registros están protegidos por la ley general de RI y no pueden divulgarse sin mi consentimiento escrito previo excepto en los casos específicamente indicados por ley. Soy consciente de que puedo negarme a firmar esta autorización. También comprendo que si mis registros involucran el abuso de alcohol o drogas o el examen de VIH (SIDA), son procesados de conformidad con la reglamentación federal 42 CFR, Parte 2, confidencialidad del abuso de alcohol y drogas, si corresponde, y la ley pública de RI 88-405, sección 23.

También comprendo que el material divulgado no puede reenviarse a ninguna otra entidad que no sea la persona o el lugar antes designados sin mi permiso expreso y escrito, excepto en cuanto a lo especificado por ley, y que no será utilizado con ningún tipo de propósito de marketing. Comprendo que una vez que mi información se entrega al organismo antes autorizado, Tri-County y sus empleados no son responsables de las acciones de los receptores en relación con mi información. Una vez que se envía esta información, puede que no esté más protegida por la norma federal de privacidad de los registros.

A menos que el paciente la revoque por escrito, esta autorización vencerá un (1) año después de la fecha designada firmada por el paciente a continuación.

Firma del paciente o tutor legal

Relación

Fecha

Firma del paciente de menos de 18 años (no obligatoria)

Firma de testigo