

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

PARA EL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN:

Si alguna de la información solicitada tiene que ver con el tratamiento por consumo de drogas o alcohol, estará protegida por los reglamentos federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Los reglamentos federales prohíben realizar revelaciones adicionales sobre esta información, a menos que el uso o divulgación de dicha información adicional esté autorizado expresamente mediante el consentimiento por escrito de la persona sobre quien se trata o esté permitido de otro modo bajo 42 CFR Parte 2. La autorización general para el uso o divulgación de información médica o de otro tipo **NO** es suficiente para este propósito. Los reglamentos federales restringen todo uso de dicha información para realizar investigaciones o procesamientos penales de cualquier paciente que consuma alcohol o drogas.

El paciente o su representante autorizado deben de llenar todas las casillas por COMPLETO. (Letra de imprenta) Si el formulario no está completamente lleno, se devolverá la solicitud.

USE LETRA DE IMPRENTA INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE:

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	

USE LETRA DE IMPRENTA POR ESTE MEDIO SOLICITO Y AUTORIZO A:

Nombre: Terry Reilly Health Services			
Dirección: 223 16 th Avenue N, PO Box 9	Ciudad: Nampa	Estado: ID	Código postal: 83653
Teléfono: 208-466-7869 ext 6218-Medical Records	Fax: 208-466-5359		

USE LETRA DE IMPRENTA SOLICITAR INFORMACIÓN DE:

Nombre:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Fax:		

De la siguiente manera:	Para los siguientes propósitos:	Mi autorización para el uso y la divulgación de los siguientes registros:	
-------------------------	---------------------------------	---	--

SELECCIONE UNA:

- Por correo
- Por fax (no se considera un medio seguro)
- Recoger copia en persona
 Cuál clínica _____
- Otro _____
- CD (es posible que las imágenes de radiografías no estén seguras)
- USB
- Correo electrónico: _____
- Cargar a un sitio web seguro

- Para dar tratamiento
- Coordinación de atenciones médicas
- Para realizar una evaluación
- A solicitud del paciente
- Otro _____

- Médicos
- Dentales
- Salud conductual
- Allumbaugh House*
- * Los Registros sobre abuso de sustancias están amparados bajo CFR 42**

Seleccione todo lo que corresponda:

- Cargos, pagos y facturación
- Registros de tratamiento/notas de progreso/resúmenes
- Informes de radiografías y otras imágenes médicas
- Imágenes médicas en CD/USB
- Análisis de laboratorio
- Gestión financiera de las visitas
- Registros dentales
- Historial/examen físico/evaluación sobre SIDA o VIH
- Informes de investigaciones/policiales
- Otro _____

***En el caso de los registros de consumo de sustancias - La cantidad y la naturaleza de la información a divulgar, incluida la información sobre la descripción explícita del trastorno por uso de sustancias que puede divulgarse.**

Registros creados en o durante el siguiente periodo de tiempo:

- Registros de rutina (últimas 6 consultas médicas, exámenes físicos recientes, tablas de crecimiento, vacunas, listados de problemas, laboratorios, notas de hospital)
- Otros _____

Esta autorización expira en _____
***La autorización de divulgación que corresponde a la parte 2 de CFR 42 no puede prolongarse por más tiempo del razonable y necesario para servir su propósito.**

Mi autorización se da libremente, bajo el entendimiento de que:

- Mi información puede estar sujeta a una nueva divulgación por el receptor y es posible que, si este es el caso, ya no esté protegida por las Políticas de privacidad de Terry Reilly Health Services o por las leyes de privacidad pertinentes.
- Puedo retirar mi autorización en cualquier momento, excepto cuando la información ya ha sido divulgada tomando en cuenta mi autorización, siempre y cuando mi revocación se lleve a cabo por escrito.
- Terry Reilly no condicionará mi tratamiento a que yo proporcione esta autorización.
- Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha en que fue firmada, a menos que se especifique lo contrario.
- Una fotocopia o fax de esta autorización tiene tanta validez como su original.
- Terry Reilly, sus directivos, oficiales, empleados, agentes y voluntarios quedan eximidos de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior, según el alcance indicado y autorizado por este documento.

<hr/> <p>Firma del paciente o de la parte responsable</p>	<hr/> <p>Fecha</p>	<hr/> <p>Nombre y cargo del empleado que recibe el formulario/Asiste al paciente (LETRA DE IMPRENTA)</p>
<hr/> <p>Nombre del padre/madre o representante (usar letra de imprenta)</p>	<hr/> <p>Relación con el paciente</p>	