



FAMILY CENTER FOR HEALTH CARE  
at Citizens Health

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

Para ser completado por el paciente que autoriza la divulgación a sí mismo u otros

INCOMING

Nombre del Paciente

Numero de Telefono

Fecha de Nacimiento

Direccion Actual

1. Autorizo la divulgación de la información de salud del individuo mencionado anteriormente como se describe a continuación.
2. El siguiente individuo u organización está autorizado para hacer la divulgación.

Nombre del Medico/Oficina \_\_\_\_\_

Numero de Telefono \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Numero de Fax \_\_\_\_\_

3. El tipo y la cantidad de información que se utilizará o divulgará es la siguiente: (incluya fechas cuando corresponda)

\_\_\_ Notas de Consultas Desde (Fecha): \_\_\_\_\_ Hasta (Fecha) \_\_\_\_\_

\_\_\_ Resultados de laboratorio/Patología \_\_\_ Record de Vacunacion \_\_\_ X/Ray /Imágenes \_\_\_ Informes Operativos

\_\_\_ Otros (especifique) \_\_\_\_\_

Para el Proposito de:

\_\_\_ Continacion de cuidado (Transferencia de Cuidado Completa)

\_\_\_ Continucion de Cuidado (Cuidado Con Multiples Medicos)

4. Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

5. Esta información puede ser revelada y utilizada por la siguiente persona u organización.

Nombre del Medico/Oficina FAMILY CENTER FOR HEALTH CARE

Numero de Telefono 785-462-6184

Direccion 310 E COLLEGE DR, COLBY, KS 67701

Numero de Fax 785-460-1490

6. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a Family center for Health Care, 310 E College DR, Colby KS 67701 C/O Scott Focke. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza.
7. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización caducará en la siguiente fecha, evento o condición. Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en seis (6) meses.
8. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Me puedo negar a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento.
9. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524.
10. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad.
11. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo contactar al oficial de privacidad de la clínica.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Si es Firmada por Representante Legal /Relacion con el Paciente

Firma del Testigo

*El paciente tiene derecho a una copia de esta solicitud.*