

1) Este formulario autoriza a los siguientes proveedores de atención médica:

Hacer una copia de mi información de salud según se especifica a continuación:

2) Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono:(_____) _____

3) Solicitante:

Nombre: _____

Atención : _____

Dirección: _____

Ciudad : _____ Estado : _____

Código postal: _____

Teléfono:(_____) _____

Número de fax:(_____) _____

4) Propósito: La información médica divulgada puede ser utilizada para los siguientes propósitos:

Para mi uso personal

Para cuidados continuos .

5) Formato Preferido:

Impreso CD (si está disponible electrónicamente)

*Para ciertas solicitudes se puede aplicar cargos.

6) Método de entrega:

Correo

Para recoger

7) Para cubrir los períodos de atención de salud (fechas de tratamiento)

Desde (fecha): _____ hasta (fecha): _____

8) Tipo de información que se divulga:

- Registros del Departamento de Emergencias
- Notas Clínicas y de Progreso
- Historial y Examen Físico(s)
- Resumen del Alta (s)
- Informes Operatorio(s)
- Informe de Patología (s)
- Consultas
- Informes de Radiología
- Electrocardiograma(s)
- Informe(s) de laboratorio
- Registros externos de proveedores de atención médica
- Otro

9) - Altamente Confidencial -

Inicial para autorizar específicamente el uso y/o divulgación de la información.

- Tratamiento de Salud Mental _____
- Resultados de la prueba de VIH/SIDA o información de tratamiento _____
- Abuso de sustancias

DURACIÓN: Esta autorización tendrá una vigencia de 6 meses a partir de la fecha de la firma a menos que se especifique otra fecha aquí _____ (fecha).

Revocación: Usted o su representante legal pueden revocar esta autorización por escrito. Si revoca, ésto no afectará la información divulgada antes de la recepción de la solicitud por escrito.

Re-divulgación: Una vez que esta información médica es divulgada, ya no estará protegida por la ley federal de privacidad (HIPAA) en la manera como el receptor de la misma la utilice más adelante.

NorthBay Healthcare no condicionará el pago, trato, inscripción o elegibilidad para los beneficios al proporcionar o negarse a brindar esta autorización.

10) Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original. Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización

Fecha: _____ Firma: _____

Si está firmado por un tutor/otro por favor indique su relación legal: _____



NORTHBAY
HEALTHCARE

1200 B.Gale Wilson Blvd.,Fairfield, CA 94533

Autorización para usar y divulgar información de salud protegida



* 0 0 0 4 5 8 8 4 9 *