

The Lanning Center for Behavioral Services

Mailing Address: 835 S. Burlington Ave., Ste. 108, Hastings, NE 68901
Phone Number: 402-463-7711 Fax Number: 402-461-5099

Attention: Health Information Management (HIM)

Mailing Address: 715 N. St. Joseph Ave., Hastings, NE 68901
Fax Number: 402-461-5311 Phone Number: 402-461-5174

1. Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ # de teléfono: _____
SSN #: _____ Licencia de Conducir #: _____
(Opcional o los cuatro últimos dígitos)

2. Por la presente autorizo y solicito la divulgación de mi historia clínica
De: _____

A: _____

3. Información que será divulgada: De (fecha): _____ A (fecha): _____
 Informe de Consulta Laboratorio Datos de la evaluación del comportamiento
 Demographic Informes de Radiología Notas de comportamiento de la oficina
 Resumen del Alta Informe Patológico Comportamiento comunicación verbal
 Informe Financiero Office Notes Comportamiento otros: _____
 Historial y Examen Físico Comunicación Verbal Otro (Especifique): _____

** Formato de Divulgación:
 Portal del Paciente Correo Recoger # de Fax: _____
 Correo Electrónico Cifrado *Correo Electrónico no Cifrado Dirección de correo electrónico: _____

* Nota: Si selecciono un correo electrónico no cifrado, entiendo el riesgo de recibir mi Información de Salud Protegida de esta manera y que un tercero puede leerla.

** Tarifas: Entiendo que puede haber una tarifa cobrada por copiar mi historia clínica

4. Propósito de la Divulgación:
 Seguros / Pagadores Procedimientos Legales Personal Tratamiento
 Otro (Especifique) _____

5. Entiendo que la información en mi registro médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre los servicios del tratamiento de la conducta o salud mental y del abuso de alcohol y drogas. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que la revocación se hará por escrito y no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le provee a mi asegurador el derecho de disputar una reclamación bajo mi póliza. A menos que se haya revocado previamente, esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma o _____. Considero que una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original. Si me niego a firmar esta autorización, no afectará mi capacidad para obtener tratamiento en el Mary Lanning Healthcare. Entiendo que puedo inspeccionar, o que se haga una copia de la información que se va a usar o divulgar, según lo dispuesto en el CFR 164.524. Entiendo que la información usada, o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad.

Firma del Paciente

Firma del Representante Legal

Fecha

Relación al Paciente de la Persona Listada Arriba



Autorización Para Dar y Obtener Información de su Salud – Servicios de Salud Conductual

(Authorization to Use and Disclose Protected Health Information - Behavioral Health Services)

Created: 08/15
Revised: 01/16, 03/16, 07/16, 09/18, 06/22, 02/24