



Mary Lanning
HEALTHCARE

Autorización Para Dar y Obtener Información de su Salud

Clínicas Médicas Mary Lanning

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

MRN #: _____

HASTINGS FAMILY CARE
715 N. Kansas, Suite 208
Hastings, NE 68901
Phone: 402-463-2929
Fax: 402-463-2939

HASTINGS FAMILY CARE / TITLE X
715 N. Kansas, Suite 208
Hastings, NE 68901
Phone: 402-463-2929
Fax: 402-463-2939

BLUE HILL CLINIC

CENTRAL NEBRASKA FAMILY CARE

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): _____

- Demografía
- Laboratorio
- Informes de Oficina
- Informe Financiero
- Informes de Radiología
- Comunicación Verbal
- Historial y Examen Físico
- Informe Patológico
- Informe Psiquiátrica
- 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