



Autorización Para Dar y Obtener Información de su Salud

Clínicas de Especialidades 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

CENTRAL NEBRASKA GENERAL SURGERY
715 N. Kansas Ave., Suite 205
Hastings, Nebraska 68901
Phone: 402-461-5261
Fax: 402-461-5216

HASTINGS ORTHOPAEDICS
715 N. Kansas Ave., Suite 106
Hastings, NE 68901
Phone: 402-462-2139
Fax: 402-462-2381

HASTINGS PULMONARY & SLEEP CLINIC
715 N. Kansas Ave., Suite 101
Hastings, Nebraska 68901
Phone: 402-460-5787
Fax: 402-460-5794

CENTRAL NEBRASKA KIDNEY CARE
715 N. Kansas Ave., Suite 202
Hastings, NE 68901
Phone: 402-460-5567
Fax: 402-460-5568

CENTRAL NEBRASKA UROLOGY CLINIC - HASTINGS
2115 N. Kansas Ave., Suite 201
Hastings, NE 68901
Phone: 402-462-5109
Fax: 402-462-5211

CENTRAL NEBRASKA UROLOGY CLINIC - GRAND ISLAND
620 N Alpha Street
Grand Island, NE 68803
Phone: 308-381-0473
Fax: 308-398-2508

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 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