Autorizacion Para Dar y Obtener Informacion de su Salud

Clínicas Médicas Mary Lanning

❑ Atención: Health Information Management (HIM)

Dirección postal: 715 N. St. Joseph Ave., Hastings, NE 68901 **NRM:**_____

Fax: 402-461-5311 **Teléfono:** 402-461-5174

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

MLH NEUROLOGY
715 N. Kansas Ave., Suite 201
Hastings, NE 68901
Teléfono: 402-460-5608
Fax: 402-460-3651

1. Nombre del paciente:_____ Fecha de Nacimiento:_____

Dirección:_____ Número de teléfono:_____

NSS:_____ Número de licencia de conducir:_____
(Opcional o los cuatro últimos dígitos

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

De:_____

_____

Número de Teléfono:_____ Número de Fax:_____

A:_____

_____

Número de Teléfono:_____ Número de Fax:_____

3. Información que será divulgada:

Fecha de Inicio:_____ **Fecha de Finalización:**_____

Tipo de información que se divulgará:

❑ Demografía ❑ Informe Financiero ❑ Historial y Examen Físico ❑ Laboratorio
❑ Informes de Oficina ❑ Informe Patológico ❑ Informe Psiquiátrica ❑ Informes de Radiología
❑ Comunicación Verbal ❑ Otro (Especifique):_____

**** Formato de Divulgación:**

❑ Portal del Paciente ❑ Correo ❑ Recoger ❑ Número 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

_____ _____
Relación al Paciente del Representante Legal Fecha