# Autorizacion Para Dar y Obtener Informacion de su Salud
## Clínicas de Especialidades Mary Lanning

Mary Lanning HEALTHCARE

❑ **Atención: Health Information Management (HIM)** **NRM:**_____

**Dirección postal:** 715 N. St. Joseph Ave., Hastings, NE 68901 **Fax:** 402-461-5311 **Teléfono:** 402-461-5174

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

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

**CENTRAL NEBRASKA CHILDREN & ADOLESCENT CLINIC**
2115 N. Kansas Ave., Suite 103
Hastings, NE 68901
Teléfono: 402-463 6828
Fax: 402-463-4767

**CENTRAL NEBRASKA GENERAL SURGERY**
715 N. Kansas Ave., Suite 107A
Hastings, Nebraska 68901
Teléfono: 402-461-5261
Fax: 402-461-5216

**CENTRAL NEBRASKA KIDNEY CARE**
715 N. Kansas Ave., Suite 107B
Hastings, NE 68901
Teléfono: 402-460-5567
Fax: 402-460-5568

**CENTRAL NEBRASKA PLASTIC & RECONSTRUCTIVE SURGERY**
715 N. Kansas Ave., Suite 107C
Hastings, Nebraska 68901
Teléfono: 402-460-2561
Fax: 402-460-4505

**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 ❑ Lab
❑ Informes de Oficina ❑ Informe Patológico ❑ 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 de la Persona Listada Arriba Fecha