

Community Health Partners

AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA (ROI-INGLES)

INSTRUCCIONES: Presentar la forma llena a Community Health Partners.

ATENCION: Health Information Management, 19 E. Main St. Belgrade, MT 59714

Phone: (406)922-0840 Fax: (406)388-3461

Liberaciones también pueden ser completadas y presentadas en línea en chphealthmt.org o a travez de MyChart

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: (Escriba apellido, nombre y alias)	Fecha de Nacimiento:	Telefono:
Domicilio:	Ciudad:	Estado/Código Postal:
Propósito de Divulgación: ☐ Personal (uno mismo) ☐ Legal ☐ Seguro Medico ☐ Continuación de cuidado ☐ Cambio de medico ☐ Escuela ☐ Otro (Especifique) _____		Opciones de entrega: *Escoja solamente una opción* ☐ Correo ☐ Recoger (Copia en papel) ☐ Fax: (Solo a clinicas medicas) ☐ My Chart (expedientes de EPIC solamente) ☐ E-mail Seguro (codificado): _____

DESTINATARIO Y DETALLES DE DIVULGACIÓN

Yo autorizo a Community Health Partners que DIVULGE (envíe) copias de mi expediente médico a:

(solo expedientes creados por CHP serán liberados)

Nombre de quien recibe (Persona/Compañía/Organización):	Telefono:	Fax:
Domicilio o apartado postal:	Ciudad:	Estado/Código Postal:
Información que será liberada: Marque con una cruz las casillas de abajo indicando que información debe ser divulgada. Incluya el periodo de tiempo. Si no está especificado solo los dos últimos años del expediente serán divulgados. Si alguna información está incompleta, es posible que no podamos realizar su solicitud. Fechas especificas: _____		Si usted quiere alguna de la información sensitiva divulgada, marque las casillas que aplican y firme abajo: Incluya el marco de tiempo designado. Si alguna información está incompleta, es posible que no podamos realizar su solicitud. Fechas especificas _____
☐ Notas Clínicas (Notas de progreso) ☐ Reportes de Laboratorio ☐ Patologia ☐ Otros (Especificar) _____	☐ Vacunas ☐ Lista de medicamentos ☐ Radiologia (Solo reporte)	☐ Abuso de Alcohol/Drogas Tratamiento/Referencia ☐ Enfermedades transmitidas sexualmente ☐ Notas de psicoterapia: al marcar esta casilla estoy renunciando mi privilegio de psicoterapeuta -paciente. *Firma requerida: _____

Al firmar esta forma de autorización, yo entiendo que:

- La información en mi expediente puede incluir información relacionada con enfermedades transmitidas sexualmente (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA), o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Es posible que también incluya información sobre servicios de comportamiento y salud mental y tratamiento para alcoholismo o abuso de drogas.
- Solicitudes de copias de historial médico, son sujetos a costos de copiado de acuerdo con los reglamentos estatales y federales.
- Yo tengo el derecho de revocar mi autorización en cualquier momento. Revocación debe hacerse por escrito y presentada o enviada al departamento de historial médico al siguiente domicilio: CHP-Belgrade, 19 E Main St., Belgrade, MT 59714. Revocación no aplicara para información que ya ha sido liberada en respuesta a esta autorización.
- A menos que sea revocada, esta autorización expirara bajo la siguiente fecha/ evento/ condición: _____. Si no especifico fecha, evento o condición, esta autorización expirara en 90 días de la fecha de la firma.
- Tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad de beneficios, no serán condicionados por la firma de esta autorización.
- Cualquier divulgación de información lleva consigo el potencial de re-divulgacion no autorizada, y la información puede no ser protegida por los reglamentos federales de confidencialidad.

Yo he leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información de salud protegida manifestada.

Firma del paciente /Representante del Paciente:	Fecha:
Nombre del Paciente/Representante del Paciente:	Relación o ámbito de la autoridad legal para actuar en representación del paciente:

Completed by Community Health Partners: Records Pick-up: ID Verified By: _____ Date Verified By: _____

Esta forma DEBE ser llenada en su totalidad, formas incompletas no pueden ser procesadas.