

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

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

INFORMACION DEL PACIENTE

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

TIPO DE DIVULGACION

_____ • Yo autorizo a Community Health Partners que DIVULGE (envié) copias de mi expediente médico a:
(solo expedientes creados por CHP serán liberados)

_____ • Yo autorizo a Community Health Partners que DISCUTA sobre mi salud con:

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: _____

<input type="checkbox"/> Notas Clínicas (Notas de progreso)	<input type="checkbox"/> Vacunas
<input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos
<input type="checkbox"/> Patología	<input type="checkbox"/> Radiología (Solo reporte)
<input type="checkbox"/> Otros (Especificar) _____	

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 _____

<input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol/Drogas Tratamiento/Referencia	<input type="checkbox"/> Salud Mental
<input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas sexualmente	<input type="checkbox"/> Tratamiento relacionado al SIDA/VIH
<input type="checkbox"/> 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: