

AUTORIZACION PARA DIVULGAR - Médica/Dental



Fecha de Nac.: _____

Nombre del Cliente _____ Cliente# _____ Ultimos Cuatro dígitos SSN _____

Yo autorizo a Compass Health Network a: a Recibir de Nombre _____

Dirección: _____

La siguiente información con relación al tratamiento recibido de: _____ a: _____

Información a ser Divulgada:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Archivo Completo | <input type="checkbox"/> Laboratorios y Rayos X |
| <input type="checkbox"/> Notas Médicas | <input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Controles de Salud | |
| <input type="checkbox"/> Formas y Questionarios | |
| <input type="checkbox"/> Fecha de Servicio Nota: _____ | |

Propósito de la Divulgación:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A Petición del Paciente | <input type="checkbox"/> Para asistir en mi tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Para asegurar coordinación de tratamiento | <input type="checkbox"/> Cuidados Posteriores <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ |

Esta autorización se hace efectiva el _____ y expirará automáticamente un año de la fecha de petición o antes si así se ha designado. Por favor especifique: _____

Yo entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Yo debo hacerlo en forma escrita y presentar mi revocación por escrito en la oficina en que recibo servicios. Además entiendo que acciones ya tomadas basadas en esta autorización, anterior a la revocación, no serán afectadas.

Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud protegida es voluntaria en la mayoría de los casos. Yo puedo declinar firmar esta autorización. Se me negará tratamiento si declino firmar y mi cuidado es obligatorio por el sistema correccional o de Justicia Juvenil. Yo entiendo que puedo pedir inspeccionar u obtener una copia de mi archivo. Yo entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo el potencial de una re-divulgación no autorizada y que la información pudiera no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Yo puedo contactar al Oficial de Privacidad de Compass Health Network.

Mi firma a continuación reconoce que he leído, entendido y autorizado la divulgación de mi información de salud protegida.

Firma del Cliente

Fecha

Padres/Guardián Legal/Firma del Representativo

Fecha

Firma del Testigo

Fecha