

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA - Médico/Dental

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Últimos 4 dígitos del # Seguro Social: _____ Cliente #: _____

Autorizo a Compass Health Network a: Divulgar a Recibir de

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Fax: _____

Fecha de divulgación de los servicios de la PHI: (debe marcar uno) Todas Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____**Información a divulgar: (marque todo lo que corresponda)** Todos los Archivos Notas del médico Inmunizaciones Examen físico
 Formularios Cuestionarios Resultados de laboratorio y rayos X Lista de Medicamentos
 Notas de Servicios con Fecha: _____ Otro: _____**Propósito de la solicitud: (debe marcar uno)** A petición del paciente Para ayudar en mi tratamiento Cuidado posterior
 Para asegurar la coordinación del tratamiento Otro: _____

Esta autorización se hace efectiva en _____ y expirará automáticamente un año después de la fecha de solicitud o antes, según se ha designado. Por favor especifique: _____.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito en la oficina donde estoy siendo atendido. Además, entiendo que las acciones ya tomadas en base a esta autorización, antes de la revocación, no se verán afectadas.

Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica protegida es voluntario en la mayoría de los casos. Puedo negarme a firmar esta autorización. Se me negará el tratamiento por mi negativa a firmar si mi cuidado es obligatorio según el Sistema de Justicia Juvenil o Correccionales Entiendo que puedo solicitar inspeccionar u obtener una copia de mi registro. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una re-divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica protegida, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de Compass Health Network.

Mi firma a continuación reconoce que he leído, entiendo y autorizo la divulgación de mi información médica protegida.

Firma del cliente

Fecha

Firma del padre/ guardián/ representante legal

Fecha

Firma del testigo

Fecha