Processed by _____(initial) Provider _____

Community Health Center of Central Missouri
Autorización para el uso y divulgación de información protegida de salud

Nombre del paciente: _____ **Fecha de macimiento:**_____

Nombre anterior: _____ **Telefono:** _____

Dirección: _____

Por favor, envíe mis registros DESDE:

☐ **Centro de Salud Comunitario de Missouri Central**

☐ **Otro:**

Nombre del remitente (proveedor/clínica/hospital): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ **Fax:** _____

Por favor, envíe mis registros A:

☐ **Community Health Center of Central Missouri PO Box 104780 Jefferson City, MO 65101 Fax: 573-632-2769**

☐ **Other:**

Nombre del receptor: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ **Fax:** _____

Método de liberación (marque uno): Retención de ☐ correo ☐ de fax para ☐ correo electrónico ☐ de recogida : _____

Información que se divulgará:

☐ Registro completo de ☐ laboratorio/patología ☐ Informes de ultrasonido Registros ☐ de medicamentos

☐ Notas de visita ☐ Informes de consulta ☐ de registros de vacunación ☐ Registros de facturación ☐

Registros dentales ☐ Radiografías dentales ☐ Otro: _____

Fechas necesarias: ☐ Últimos 12 meses ☐ Últimos 24 meses ☐ Rango de fechas: ____/____/____ to ____/____/____

Propósito de la divulgación: ☐ Cambiar de proveedor ☐ Legal ☐ Consultar ☐ Seguro ☐ Otro: _____

RECONOCIMIENTO DE COMPRENSIÓN

Entiendo que al firmar esta autorización, estoy permitiendo la divulgación de cualquier información médica solicitada por la agencia o persona especificada anteriormente. Al firmar esta autorización, permito la divulgación de cualquier información sobre drogas y / o alcohol, psiquiátrica, pruebas y / o resultados de VIH o información sobre el SIDA contenida en los registros a los mencionados anteriormente. Entiendo que esta autorización vencerá cuando se hayan publicado los registros solicitados en esta autorización, o en 365 días, lo que ocurra primero. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al Centro de Salud Comunitario de Missouri Central. Entiendo que la revocación entrará en vigencia en la fecha en que Community Health Center of Central Missouri reciba y cuente mi notificación, excepto en la medida en que ya se haya tomado la acción de divulgación de información. Entiendo que la información utilizada o divulgada debido a esta autorización puede estar sujeta a divulgación adicional por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que al firmar o no firmar esta autorización, mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados. Entiendo que puedo solicitar ver o copiar la información descrita en esta autorización y que puedo solicitar una copia de esta autorización después de firmarla.

Firma del paciente/tutor legal: _____

Relación con el paciente: _____ **Fecha:** _____

Presenciado por: _____ **Fecha:** _____