

Nombre legal del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguridad Social # _____ Teléfono de contacto# _____

Obtener De
Liberar a

Nombr			Nombr		
Dirección			Dirección		
Ciud	Estad	Có	Ciud	Estad	Có
Teléfono		Fax	Teléfono		Fax

INFORMACIÓN QUE DEBE DIVULGARSE

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Facturación | ☐ Registro Completo | ☐ Vacunas | ☐ Informe de radiología |
| ☐ Clínica/Progreso | ☐ Sala de emergencia | ☐ Resultados de lab | ☐ Imágenes de radiología |
| ☐ Consultas | ☐ Medicamento/Farmacia | ☐ Salud mental | |
| | Salud me | | |
| ☐ Resumen de alta | ☐ Historia Y Fiscica | ☐ Operativo/procedimie | ☐ Otro _____ |

Fecha(s) de servicio desde: _____ **a través de** _____

OBJETIVO: ☐ Uso personal ☐ Continuidad de Cuidados (Transferencia de Cuidados Completos)
☐ Legal ☐ Pago de reclamaciones ☐ Continuidad de la atención (Equipo de atención de vairois medicos)

ENVIAR POR: ☐ Correo electrónico cifrado a: _____ ☐ Papel por US correo
☐ Fax a: _____ ☐ Recoger papel

Autorizo a la institución cedente a divulgar mi información médica identificable individualmente según se indica más arriba. Entiendo que estos registros pueden incluir un diagnóstico o referencia al VIH u otra enfermedad contagiosa, pruebas genéticas, tratamiento de salud mental, abuso de sustancias u otra condición que pueda estar específicamente protegida por la ley. Comprendo que, una vez divulgada mi información sanitaria, dejará de estar protegida por la normativa federal sobre privacidad y podrá ser divulgada de nuevo por la persona que la reciba. Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario de Autorización y que el tratamiento posterior no se verá afectado si no firmo, a menos que mi tratamiento incluya investigación o que el motivo de mi tratamiento sea revelar información a otra persona. Una copia, fax o escaneado de este formulario se considerará válido como el original y reconozco que puede haber un cargo por estos registros. Entiendo que esta autorización caduca a los **180 días de** la fecha de mi firma, a menos que la retire antes. Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas para cumplir con ella. Para revocar esta Autorización, comuníquese por escrito con el Funcionario de Privacidad de Citizens Medical Center a 100 East College Drive, Colby, KS 67701.

 X _____
 Firma del paciente o del representante autorizado

 X _____
 Firma del testigo

 X _____
 a Relación con el paciente (si procede)

 Fecha

*Si se obtiene el consentimiento telefónico, rellene la página 2 antes de conceder la divulgación de los registros. *Si el paciente no va a recoger su propio historial, por favor haga que la persona responsable firme en la página 2.

Proceso de verificación de la identidad: es necesario cuando un paciente da su consentimiento telefónico para la divulgación de registros. Se requieren al menos 2 identificadores antes de divulgar un registro.

Fecha de nacimiento_____

Número de permiso de conducir_____

4 últimos dígitos del número de la Seguridad Social_____

Número de teléfono_____

Dirección_____

Responsible Party Receiving Records on Behalf of Patient –

Nombre impreso_____

Firma_____

Fecha_____

Envíe el formulario cumplimentado a una de las siguientes direcciones:

Correo:

Citizens Health 100 E. College Drive Colby, KS 67701

Correo electrónico:

him-staff@cmciks.com

or Fax:

785-460-1490

Si tiene preguntas, llame al: 785-460-4851