Orange City Area Health System
INTEGRITY • INNOVATION • INSPIRATION

Información del paciente	Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Ciudad/Estado: _____Código postal: _____ Nombre de soltera, anteriores/apodo:_____ # de seguro social: _____
Proveedor (¿Quién divulga información?)	Nombre del proveedor/instalación: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____
Divulgar información a: (¿Dónde debe ser enviada la información?)	Nombre/instalación: ____*Orange City Area Health System / Medical Clinic* _____ Dirección: _____*1000 Lincoln Circle SE*_____ Ciudad/Estado: *Orange City, IA*_____ Código postal: *51041*_____ Teléfono: ____*712-737-2000*_____ Fax: ___*712-737-2115*_____
Información que debe divulgarse	□ Notas de progreso de la clínica ____ Médico ____ Enfermero (a) ____ Otro □ Notas de progreso del hospital ____ Médico ____ Enfermero (a) ____ Otro □ Otros (especifique) □ ECG/Informes de cardiología □ Informes de radiología □ Expediente de la sala de emergencia □ Historial médico examen físico □ Resumen del alta □ Informe operatorio □ Registros de vacunación □ Tratamiento de drogas o dependencia del alcohol □ Datos de laboratorio □ Informe de patología □ Evaluación psiquiátrica □ Información de pacientes ambulatorios □ Consulta □ Notas de fisioterapia □ Todo el expediente _____
Fechas de servicios	Periodo de tiempo _____ a_____ Con respecto a: _____ (diagnóstico o tratamiento específico, accidente automovilístico, etc.)
Propósito de la divulgación	□ Atención médica continua □ Consultar/segunda opinión □ Mudanza fuera de la ciudad □ Reclamo de seguros □ Legal □ Personal □ Otros (especifique)_____
Fecha de caducidad	Esta autorización expirara un ano después de la fecha de la firma o el _____.
Revocación	Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito al centro/proveedor de atención medica mencionado anteriormente. Sin embargo, la revocación no es válida si: (1) se tomaron medidas previamente basándose en esta autorización; o (2) esta autorización se obtiene como condición para obtener cobertura de seguro; otra ley otorga al asegurador el derecho de impugnar una reclamación en virtud de la póliza o de la póliza misma.
Autorización	Por la presente autorizo al centro/proveedor antes citado a divulgar información medica sobre el paciente mencionado anteriormente en la parte identificada en la sección titulada "divulgar información a". Entiendo que la información que se divulgara puede incluir información sobre salud mental, consumo de alcohol y drogas, e información relacionada con el VIH. Entiendo que una vez que se divulga la información, puede ser sujeta a una nueva divulgación por parte del destinario y puede dejar de estar protegida. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. A menos que lo permita la ley, mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento; recibir pagos; o tener elegibilidad para beneficios. _____ _____ (Firma del paciente/represéntate) (Fecha de firma) _____ _____ (Parentesco con el paciente, si está firmada por un representante) (Testigo-opcional) *Favor de proporcionar prueba de autoridad para actuar. Para menores de edad, solo se requiere prueba si no es el padre.

Autorización para la divulgación de Información de salud protegida

Pt Sticker