

Tri-Area Community Health

Tri-Area Community Health Center

Cana
276-755-2203

Ferrum
540-365-4469

Floyd
540-745-9290

Laurel Fork
276-398-2292

Grayson
276-579-1235

Fries
888-908-4788

Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida

Nombre del Paciente: _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE NOMBRE DE SOLTERA

Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ Número de Expediente Médico: _____
MES DIA

Número de Seguridad Social (si procede): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono durante el día: _____ Teléfono durante la noche: _____ Código Postal: _____

Aquí yo autorizo que _____ (Escriba el nombre del proveedor) divulgue información de mi expediente médico como se indica a continuación a:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ NÚMERO DE FAX: _____

INFORMACIÓN PARA SER DIVULGADA:

FECHAS:

- Historial y examen físico _____
- Notas de progreso _____
- Informes de laboratorio _____
- Informes de radiografía _____
- Otro _____

Específicamente autorizo la divulgación de información relacionada con:

- Abuso de sustancias (incluidos alcohol/ abuso de drogas)
- Salud mental (incluidas notas de psicoterapia)
- Información relacionada con el VIH (exámenes relacionados con el SIDA)

X _____

FIRMA DE PACIENTE O TUTOR LEGAL

FECHA

PROPÓSITO DE DIVULGACIÓN: _____ Cambio de Médico _____ Consulta/segunda opinión _____ Cuidados de seguimiento
_____ Legal _____ Escuela _____ Seguro Médico _____ Indemnización laboral
_____ Otro (sírvase especificar) _____

- 1) Entiendo que esta autorización vence el _____ (1) un año después de firmado el formulario.
- 2) Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito la organización que presta estos servicios, y será vigente la fecha en que notifique excepto al grado en que dicha acción ya haya sido tomada.
- 3) Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo a esta autorización puede ser sujeta a la divulgación posterior por el receptor y que ya no está protegida por los reglamentos federales de privacidad.
- 4) Entiendo que _____ (Escriba nombre del Proveedor) me pide la divulgación de esta información con el propósito de:

- a) Al autorizar esta divulgación de información, no se afectarán mi atención sanitaria ni el pago de mi atención sanitaria si no firmo este formulario.
- b) Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si la solicito, y que me proporcionarán una copia de este formulario después de que yo lo firme.

- c) Me han informado que _____ (**Escriba nombre del Proveedor**) ___ recibirá
___ no recibirá una indemnización económica (o en especie) a cambio de utilizar o divulgar la información de salud
descrita más arriba.
- 5) Entiendo que en cumplimiento del Estatuto de Virginia _____, yo pagaré una tarifa de \$_____ (**Escriba
la Tarifa Cobrada**). *No existen cargos por expedientes médicos si se envían las copias a centros médicos con el propósito
de proporcionar cuidados médicos continuos o tratamientos de seguimiento.*

| | | | | |
|-------------------------|-------|---|--------------------------------------|-------|
| _____ | _____ | O | _____ | _____ |
| FIRMA DE PACIENTE | FECHA | | PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA AUTORIZADA | FECHA |
| _____ | _____ | | _____ | |
| EXPEDIENTE RECIBIDO POR | FECHA | | RELACION CON PACIENTE | |
| RECORDS RECEIVED BY | DATE | | RELATIONSHIP TO PATIENT | |

FOR OFFICE USE ONLY/ SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

| | |
|---------------------------------|-------------------------|
| DATE REQUEST FILLED: _____ | BY: _____ |
| IDENTIFICATION PRESENTED: _____ | FEE COLLECTED: \$ _____ |