

Tri-Area Community Health

Tri-Area Community Health Cente

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: \$ _____