



# Tri-Area Community Health

www.triareahealth.org

Número de fax para todas las ubicaciones: (276) 398-3331

Cana Phone (276)755-2203

Ferrum Phone (540) 365-4469

Floyd Phone (540) 745-9290

Fries Phone (888) 908-4788

Grayson Highlands Phone (276) 579-1235

Laurel Fork Phone (276) 398-2292

School Sites

## Autorización para la Divulgación de Información Sanitaria

Nombre del paciente (apellido, nombre, segundo inicial) \_\_\_\_\_ Otro nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SSN# \_\_\_\_\_ Teléfono fijo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Ciudad, State, Zip \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿El paciente es menor de edad o tiene un tutor legal? ☐ Sí ☐ No Si es así, nombre del tutor legal: \_\_\_\_\_

Si es así, nombre de la persona que rellena este formulario: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

☐ **Por la presente autorizo** (Nombre del proveedor) \_\_\_\_\_

Nombre de la consulta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono/fax: \_\_\_\_\_

**para liberar la información de mi expediente según se indica a continuación a (enviar toda la correspondencia a: Tri-Area Community Health, PO Box 9, Laurel Fork, VA 24352**

**1. Por la presente autorizo Tri-Area Community Health para facilitar la información de mi historial médico según se indica a continuación a:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono/fax: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN POR PUBLICAR:

#### ☐ **TODOS**

☐ Resúmenes de facturación \_\_\_\_\_

☐ Historia clínica y examen físico \_\_\_\_\_

☐ Inmunizaciones \_\_\_\_\_

☐ Informes de laboratorio \_\_\_\_\_

☐ Notas de progreso \_\_\_\_\_

☐ Informes de rayos X \_\_\_\_\_

☐ Otros \_\_\_\_\_

FECHAS

Autorizo específicamente la publicación de información relacionada con:

Fechas: \_\_\_\_\_

☐ **Abuso de sustancias** (incluyendo el abuso de alcohol/drogas)

☐ **Notas sobre la Terapia de Salud Mental/Salud Conductual**

☐ Información relacionada con el VIH (pruebas relacionadas con el SIDA)

#### **Propósito de la publicación:**

☒ **Continuación/Coordinación de la Atención, tratamiento de seguimiento o atención continua**

☐ Legal

☐ Cambiando de proveedores \_\_\_\_\_

☐ Segunda opinión

☐ Determinación de la discapacidad \_\_\_\_\_

☐ Compensación laboral

☐ Otros (por favor, especifica) \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN:

Entiendo que esta autorización caducará un año después de que firme este formulario.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la organización que lo proporciona, y la revocación será efectiva en la fecha notificada, salvo en la medida en que ya se haya tomado la medida.

Entiendo que doy mi permiso al proveedor mencionado anteriormente u otro tercero nombrado para la divulgación de registros médicos confidenciales. Además, entiendo que TACH no puede condicionar la prestación del tratamiento a mi firma de esta autorización.

Una copia de este consentimiento y una anotación relativa a las personas o agencias a las que se les hizo la divulgación se incluirán junto a mis registros originales. La persona que recibe los registros a los que se refiere este consentimiento no podrá revelarlos a nadie sin mi consentimiento por escrito separado, a menos que el destinatario sea un proveedor que haga una divulgación permitida por ley. Existe la posibilidad de que cualquier información divulgada conforme a esta autorización sea objeto de nueva divulgación por parte del destinatario y, por tanto, ya no esté protegida por las disposiciones de la norma de política HIPAA.

Firma del paciente/tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_