



Autorización para Divulgar Información Confidencial

517 W. Grace Street Richmond, VA 23220

Registros Médicos - teléfono: (804) 804-783-2505 x1779; fax: (804) 649-1635

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente autorizo a Daily Planet Health Services a (marque uno o ambos): Liberar a Solicitud de Individuo u Organización:

Nombre _____ Teléfono: _____ Fax: _____
Dirección: _____

Persona o proveedor que solicita información: _____

La siguiente información y registros: (marque todo lo que corresponda):

- Parte del registro (especificar a continuación) Resultado (s) de laboratorio Registro completo Cartilla de vacunación
- Información de salud mental (especifique a continuación) Información de salud bucal Otro/a (especifique a continuación)
- VIH, SIDA

Detalle adicional: _____

Información sobre el uso de sustancias (la divulgación debe limitarse a la información necesaria para llevar a cabo el propósito establecido):

- Todos los registros de uso de sustancias (SUD)
- Solo esta información SUD (DEBE proporcionar una descripción explícita): _____

Fechas de servicio: _____

Esta información se está utilizando/divulgando para el siguiente propósito (marque todos los que correspondan):

- Coordinar la atención continua Seguro / Pago Legal A petición de Individuo
- Determinación de discapacidad Compensación de trabajadores Otro; especificar a continuación:

Detalle adicional: _____

Autorización para divulgar información:

1. Entiendo que doy mi permiso a la entidad de atención médica mencionada anteriormente para la divulgación de registros médicos confidenciales. Se incluirá en mi expediente médico una copia de esta autorización y una anotación sobre las personas o agencias a las que se hizo la divulgación.
2. Solo se compartirá la información necesaria para satisfacer el propósito declarado de esta divulgación. Entiendo que esto incluirá información agregada después de la fecha de origen de la autorización y hasta la fecha de vencimiento de la autorización.
3. Entiendo que la confidencialidad de la información médica y de facturación está protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones. Entiendo que la información, que no sean los registros de tratamiento por drogas y alcohol, divulgada con mi permiso puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la regla de privacidad de HIPAA.
4. Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a que yo firme esta autorización.
5. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, y que esa revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en base a esta autorización. Esta autorización vencerá en 365 días a menos que proporcione una fecha de vencimiento anterior a continuación.
6. Entiendo que los registros de tratamiento por drogas y alcohol están protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2) y prohíbo al destinatario hacer más divulgaciones de esta información a menos que tenga el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece, o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. La regla federal restringe cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

Firma del cliente o representante autorizado

Fecha

Nombre y descripción de la autoridad del representante, si corresponde

Fecha de vencimiento del consentimiento