

Summit Community Care Clinic
AUTORIZACIÓN PARA USO O PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DE
SALUD MÉDICA
(Formas de Publicación HIPAA por sus siglas en Inglés)



COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES, FECHA Y FIRMA

Teléfono: (970)668-4040/ Fax:(970)668-6699

Yo, _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ autorizo voluntariamente la publicación de mi expediente médico.

Pedir Información DE:	Enviar Información A:
Nombre del Centro Médico:	Nombre de la persona/organización/centro médico:
Dirección:	Dirección:
Teléfono/Fax:	Teléfono/Fax:

Por medio de la presente doy mi consentimiento para que mis registros médicos sean enviados por correo electrónico a la siguiente dirección:

El propósito o la necesidad de esta publicación es:

Cuidado Médico Adicional:	Legal:	Discapacidad:	Uso Personal:	Seguro Médico:
---------------------------	--------	---------------	---------------	----------------

Fechas de Servicio: _____

Marque con sus iniciales en las autorizaciones que apliquen:

Notas Clínicas:	ECG's:	Laboratorios:	Resultados de Radiología:
Historial/Físico médico:	Registros de Inmunización:	Registros de Patología:	Facturación:

Marque con sus iniciales en las autorizaciones confidenciales que apliquen:

Tratamiento/Referencias de abuso de Alcohol/Drogas:	Tratamientos relacionados con el VIH/SIDA:	Infecciones de Transmisión Sexual:	Resumen Clínico de Salud Conductual:
---	--	------------------------------------	--------------------------------------

- Entiendo que la información que se publicará puede incluir registros relacionados con la atención de la salud conductual/mental, el tratamiento de abuso de alcohol/drogas, VIH/SIDA y genéticos. Esta autorización puede revocarse en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una acción basándose en ella.
- La revocación debe hacerse por escrito al proveedor/centro médico que publica la información. El proveedor/centro médico no condicionará el tratamiento si la autorización está firmada o no.
- Pueden haber cargos monetarios por las copias de acuerdo con la ley estatal.
- La información utilizada o publicada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva publicación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal.
- Ésta caducará en **un año** a partir de la fecha de la firma a menos que indique una fecha anterior o posterior aquí: _____

NOTA:

Este es un documento legal. Léalo cuidadosamente. Al firmar, usted está aceptando y comprendiendo los términos de este formulario.

- Si el paciente tiene 18 años o más, debe firmar y fechar el formulario.
- Si el paciente tiene 18 años o más y no puede firmar, un sustituto legalmente autorizado puede firmar y fechar el formulario. Por favor indique su autoridad legal e **incluya documentación escrita de su relación con el paciente.** (Circule):

Guardián Legal Conservador Agente de Atención Médica (Poder de Atención Médica)

- Si el paciente tiene 17 años o menos, el padre o tutor legal puede firmar el formulario, a menos que exista una excepción bajo la ley estatal o federal. Por favor indique su relación con el paciente. (circule): Padres Guardián Legal Menor Emancipado

Firma (requerida): _____ Fecha: ____/____/____

Nombre Impreso (requerido si no es el paciente): _____

Dirección Postal del Paciente: _____

Personal de (SCCC por sus siglas en Inglés): _____ Fecha: ____/____/____