

AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN



415 Jefferson St. N., Wadena, MN 56482
218-631-3510 or Toll-Free 800-631-1811
ROI Fax# 218-631-7571

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Autorizo a: (¿Quién tiene sus registros?)

A divulgar a: (¿Quién necesita sus registros?)

DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DE LA INFORMACIÓN A UTILIZAR Y DIVULGAR:

Tratamiento desde ____/____/____ hasta ____/____/____ (Si está en blanco, publicaremos los registros más recientes correspondientes a un año)

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Notas de Progreso/Clínica | ☐ Informes Quirúrgicos. | ☐ Fotografía |
| ☐ Informe Radiológico | ☐ Informes de la Sala de Emergencias | ☐ Facturación |
| ☐ Película Radiológica | ☐ Inmunizaciones | ☐ Consultas |
| ☐ Informes del Laboratorio | ☐ Medicamentos | ☐ Notas sobre fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia |
| ☐ Informe Patológico | ☐ Resumen de ingreso y alta hospitalario | |

☐ Otro (especifique): _____

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE TODOS LOS REGISTROS DE ALCOHOL, ABUSO DE DROGAS, SALUD MENTAL Y VIH/SIDA QUE FORMAN PARTE DE ANTERIOR, A MENOS QUE AQUÍ SE INDIQUE LO CONTRARIO:

- ☐ No divulgue registros de programas de tratamiento de abuso de alcohol o drogas, registros de salud mental y VIH/SIDA que estén protegidos por la ley federal.

PROPÓSITO DEL USO Y DIVULGACIÓN:

- | | |
|---|---|
| ☐ Legal | ☐ Solicitud de Seguro y Reclamos |
| ☐ Registro Personal | ☐ Determinación de discapacidad |
| ☐ Divulgar a MyChart | ☐ Copias de Papel |
| ☐ Tratamiento Adicional (Fecha de cita ____/____/____) | |
| ☐ Otro (especifique): _____ | |

Autorizo el uso y divulgación de información de salud que contiene mi identificación individual como se describe arriba. Comprendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que, si la persona u organización que autorizo a recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad y podría volver a divulgarse. Entiendo que mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados si no firmo este formulario.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas. Entiendo que esta autorización vencerá el: _____ (especificar fecha o evento) o, si no se especifica fecha o evento, 12 meses a partir de la fecha de la firma.

Firma del Paciente/Guardián Legal/Representante

Fecha

(Si no es el paciente, indique la autoridad/relación)

☐ Cuando esta casilla esté marcada, le cobraremos una tarifa por copiar sus registros. La tarifa será de \$_____.

Astera Health comparte un registro médico electrónico con CentraCare Health (CCH). CentraCare Health comparte un registro médico electrónico con organizaciones que no pertenecen a CCH. Autorizar la divulgación de los siguientes elementos: Lista de medicamentos, Lista de alergias, Lista de problemas, Datos de vacunación y/o Historial médico incluye la divulgación de esta información de todos los sitios que comparten un registro médico electrónico. Si el paciente lo solicita, se le proporcionará una lista de estas organizaciones que no pertenecen a CCH.

Autorizado por: _____ Completado: _____ Iniciales: _____

Una fotocopia o fax de esta autorización se tratará de la misma manera que el original.