

Marque uno: (ambos)

<input type="checkbox"/>  Lakes Regional Healthcare An Avera Partner	U.S. Highway 71 S. P.O. Box AB Spirit Lake, IA 51360
<input type="checkbox"/>  Lakes Regional Family Medicine An Avera Partner	2301 Hwy 71 S, Suite C Spirit Lake, IA 51360 712-336-3750



Autorización - Divulgación de información de la historia clínica

Identificación del Paciente	Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos): _____ teléfono: _____
Institución (¿Quién divulga la información?)	La siguiente persona u institución está autorizada para divulgar información: Nombre de la Institución: _____ Dirección: _____ Ciudad/ Estado/ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
La Información se le Divulga a: (¿Adonde se va a enviar la información?)	Nombre/Institución: _____ Dirección: _____ Ciudad/ Estado/ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
La Información que se va a Divulgar	<input type="checkbox"/> Copia de hoja clínica estándar (incluye datos demográficos del paciente, informes elaborados por el médico, los resultados de todas las pruebas) <input type="checkbox"/> Rayos X e informes de imagenología <input type="checkbox"/> Expediente completo (se pueden aplicar recargos) <input type="checkbox"/> Otros _____
Fechas del Servicio	Fechas del servicio, desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____
Forma y Formato	<input type="checkbox"/> Papel (retiro o correo) <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Pen drive <input type="checkbox"/> CD-ROM (disco compacto) <input type="checkbox"/> Correo electrónico (escríbalo a continuación) Correo electrónico: _____ Todos los expedientes clínicos que se soliciten en formato electrónico estarán encriptados, a menos que el paciente solicite lo contrario. Enviar expedientes clínicos no encriptados supone riesgos, entre los que se incluye que la información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) del individuo se pueda leer o que un tercero pueda acceder a esta. El tamaño del archivo puede limitar el envío de este por correo electrónico. Si desea que se le envíen sus expedientes no encriptados, escriba sus iniciales aquí: _____
Documentación Sobre Abuso de Sustancias	Marque esta casilla SÓLO si usted permite la divulgación de su expediente de abuso de sustancias. <input type="checkbox"/> El solicitante, comprende lo siguiente: Dichos expedientes contienen la documentación sobre abuso de sustancias y, por lo tanto, se prohíbe una nueva divulgación de ellos. LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN SE REALIZA CONFORME A LA DISPOSICIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DE LAS LEYES FEDERALES (42 U.S.C. 290dd-2, y las normas 42 CFR, Parte 2) que prohíben toda divulgación futura de esta información sin el consentimiento por escrito específico de la persona a quien pertenecen o, según lo permitan dichas normas.
El Propósito de la Divulgación	<input type="checkbox"/> Continuación de la Atención de Salud <input type="checkbox"/> Finalización/Pago <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro _____
Fecha de Vencimiento	A menos que se revoque, esta autorización va a vencer en la siguiente fecha, evento o condición: _____ Si yo fallo en especificar una fecha de vencimiento, evento, o condición, esta autorización va a permanecer vigente por un año a partir de esta fecha, para expedientes generados como resultado de estos servicios ocurriendo en o antes de esta fecha.
Revocación	Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, presentando una revocación por escrito al Departamento de Expedientes Médicos. Comprendo que la revocación no se aplicará a: <ul style="list-style-type: none"> • La información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización • Mi compañía de seguros, cuando la ley le confiere el derecho de impugnar una reclamación en virtud de mi póliza.
Autorización	Comprendo que la información de mi historial médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), los servicios de salud mental o trastornos del comportamiento o los tratamientos para el abuso de drogas y alcohol. Comprendo que la autorización para la divulgación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario con el fin de garantizar el tratamiento. Comprendo que puedo revisar u obtener copias de la información que se usará o divulgará, de acuerdo con 45 CFR 164.524. Comprendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una posterior divulgación no autorizada y que los reglamentos federales sobre la confidencialidad no puedan proteger dicha información. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el Funcionario de Privacidad de Lakes Regional Healthcare at 712-336-8700 ext. 1186. Firma del Paciente o su Representante legal _____ Fecha _____ Si firma un Representante Legal, Indique la Relación al Paciente _____ Firma del Testigo _____ Fecha: _____ Información enviada: _____