

NEMAHA VALLEY

Community Hospital & Seneca Family Practice

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA _____

N.º DE HISTORIA CLÍNICA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____

N.º DE TELÉFONO _____

Yo, _____, autorizo a _____

a divulgar datos médicos confidenciales que constituyen la información médica del paciente arriba mencionado a

[nombre] _____ (teléfono) _____

(dirección) _____

con los siguientes fines: _____.

La información que debe divulgarse es: (Marque con una tilde).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registro de anestesia | <input type="checkbox"/> Registros/informes quirúrgicos |
| <input type="checkbox"/> Registros de farmacia | <input type="checkbox"/> Registros de facturación |
| <input type="checkbox"/> Registros de terapia física/del habla/ocupacional | <input type="checkbox"/> Registros/informes de consultas |
| <input type="checkbox"/> Órdenes/Registros/Notas del médico | <input type="checkbox"/> Informes de pruebas diagnósticas |
| <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia | <input type="checkbox"/> Registros de terapia respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Registros del departamento de emergencia | <input type="checkbox"/> Registros de antecedentes/físicos/del alta |
| <input type="checkbox"/> Informes/registros de trabajo social | <input type="checkbox"/> Registros de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Notas/registros de enfermería | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

para las fechas de tratamiento de _____.

Entiendo que mi información médica puede contener datos relacionados con: VIH, enfermedades contagiosas, tratamiento psiquiátrico, tratamiento de salud mental, tratamiento por abuso de sustancias u otras afecciones que puedan estar específicamente protegidas por la ley y autorizo la divulgación de esa información. Comprendo que una vez que mi información médica haya sido divulgada, ya no estará sujeta a las regulaciones federales de privacidad y la persona que la reciba podrá divulgarla nuevamente.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento o el pago de este no se verán afectados si no firmo este formulario, a menos que mi tratamiento incluya investigaciones o que el motivo de mi tratamiento sea divulgar información a otra persona.

Comprendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario según lo dispuesto por las regulaciones federales, y que puedo solicitar una copia de este formulario después de firmarlo.

Esta autorización caducará en la fecha o el evento que sigue: _____ 3

Comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito, pero que ninguna revocación se aplicará a las divulgaciones que ya se hayan hecho. Para revocar esta autorización, debo comunicarme con: REGISTROS MÉDICOS EN LOS NÚMEROS TELEFÓNICOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE

Firma del paciente o del representante personal del paciente

Fecha/Hora

Relación del representante personal con el paciente

3Kansas SB 119 establece que todas las autorizaciones dejan de tener validez después de un año a partir de la fecha de la firma.

Formulario N.º 890-04
Con vigencia: 01/2014 Revisado: 2/14/2022

1600 Community Drive, Seneca, KS 66538 - (785) 336-6181 - www.nemvch.com
Fax NVCH: (785) 336-3146 Fax SFP: (785) 336-0157