

Sistema de Salud Mid Coast

Autorización para la divulgación o inspección de información médica protegida

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguridad social	SEÑOR#
Habla a			Número de teléfono
Por la presente autorizo: _____ <div style="text-align: right;"><i>Nombre de la instalación</i></div>			
Para divulgar información de los registros médicos de _____ <div style="text-align: right;"><i>Nombre del paciente</i></div>			
A: _____ <div style="text-align: right;"><i>Nombre/dirección de la persona/organización a la que se hará la divulgación</i></div>			
No de fax _____ No de teléfono _____			
Para fechas de tratamiento: _____ <div style="text-align: right;"><i>Especifique las fechas: esta línea DEBE ser completado</i></div>			
Para el siguiente propósito: <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Otro (detalle abajo)			
Seleccionar Porciones			
<input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Sala de emergencias <input type="checkbox"/> Imágenes/ Radiología <input type="checkbox"/> Notas de enfermería <input type="checkbox"/> Historia y física <input type="checkbox"/> Estudios cardiacos <input type="checkbox"/> Notas de progreso de MD <input type="checkbox"/> Órdenes MD <input type="checkbox"/> Página de portada <input type="checkbox"/> Informe operativo / de procedimiento <input type="checkbox"/> Cuenta detallada	<input type="checkbox"/> Registro completo, INCLUYENDO el tratamiento de salud mental y / o abuso de alcohol y drogas, Pruebas de VIH y dependencia química. <input type="checkbox"/> Registro completo, INCLUYENDO el tratamiento de salud mental y / o abuso de alcohol y drogas <input type="checkbox"/> Expediente completo EXCLUYENDO el tratamiento de salud mental y / o abuso de alcohol y drogas <input type="checkbox"/> Registro completo INCLUYENDO pruebas de VIH y dependencia química <input type="checkbox"/> Registro completo EXCLUYENDO pruebas de VIH y dependencia química <input type="checkbox"/> Registro completo INCLUYENDO pruebas de VIH solamente <input type="checkbox"/> Registro completo INCLUYENDO dependencia química solamente <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Esta autorización vence 180 días a partir de la fecha firmada a continuación y cubre solo los tratamientos para las fechas especificadas anteriormente.			
Yo, el abajo firmante, he leído lo anterior y autorizo al personal de la entidad mencionada anteriormente a divulgar dicha información como en el presente contenido. Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en confianza en él. Entiendo que cuando esta información se usa o divulga de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a revisión divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida. También entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad pueden no estar condicionado a la obtención de esta autorización. Por la presente libero y eximo a la instalación mencionada anteriormente y a sus padres empresa de toda responsabilidad y daños que resulten de la divulgación legal de mi Información de salud protegida.			
Fecha	Firma del paciente / padre / tutela	Autoridad / Relación con el paciente	
Fecha	Testigo		

Las tarifas / cargos cumplirán con todas las leyes y regulaciones aplicables a la divulgación de información médica protegida.