

# 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	SEÑORA
Habla a		Número de teléfono	

Por la presente autorizo: \_\_\_\_\_  
*Nombre de la instalación*

Para divulgar información de los registros médicos de \_\_\_\_\_  
*Nombre del paciente*

A: \_\_\_\_\_  
*Nombre/dirección de la persona/organización a la que se hará la divulgación*

No de fax \_\_\_\_\_ No de teléfono \_\_\_\_\_

Para fechas de tratamiento: \_\_\_\_\_  
*Especifique las fechas: esta línea DEBE ser completado*

Para el siguiente propósito:  Atención médica  Seguro  Legal  Otro (detalle abajo)

### Seleccionar Porciones

- Resumen de alta
- Laboratorio
- Sala de emergencias
- Imágenes / Radiología
- Notas de enfermería
- Historia y física
- Estudios cardíacos
- Notas de progreso de MD
- Órdenes MD
- Página de portada
- Informe operativo / de procedimiento
- Cuenta detallada

- Registro completo, INCLUYENDO el tratamiento de salud mental y / o abuso de alcohol y drogas, Pruebas de VIH y dependencia química.
- Registro completo, INCLUYENDO el tratamiento de salud mental y / o abuso de alcohol y drogas
- Expediente completo EXCLUYENDO el tratamiento de salud mental y / o abuso de alcohol y drogas
- Registro completo INCLUYENDO pruebas de VIH y dependencia química
- Registro completo EXCLUYENDO pruebas de VIH y dependencia química
- Registro completo INCLUYENDO pruebas de VIH solamente
- Registro completo INCLUYENDO dependencia química solamente
- 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 / parent / 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.