2605 Blue Ridge Road Suite 225
Raleigh, NC 27607
Tel. 984-222-8000 Fax: 984-222-8001

Autorización para DIVULGAR información de salud

Información del Paciente:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nº del Seguro Social: _____

Teléfono: _____

Autorizo a NeighborHealth Center a divulgar información a:

Persona / Institución: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Información que será divulgada:

❍ Registro de vacunas/inyecciones ❍ Examen físico escolar ❍ Informes de laboratorios ❍ Facturación/cobros

❍ Registro médico completo ❍ Registro prenatal ❍ Radiografías / informes ❍ Otro: _____

Prohibo expresamente la divulgación de la información sensitiva sobre mi salud que indico a continuación. Entiendo que para cualquiera de las casillas que no estén marcadas, la información de salud que se divulgará al destinatario antes nombrado podría incluir información sobre diagnósticos, evaluación y tratamiento relacionados con:

❍ Pruebas y resultados de VIH/SIDA ❍ Alcoholismo y abuso de substancias ❍ Salud conductual

Fechas del servicio solicitado:

❍ Más recientes ❍ De _____ a _____ ❍ Todas

Razón de la divulgación:

❍ A solicitud del paciente ❍ Continuidad del cuidado/Otro Proveedor ❍ Otro (especifíque): _____

Método de entrega:

❍ Correo electrónico Seguro (email) ❍ Impreso vía correo postal

Correo electrónico: _____ ❍ Impreso vía fax

Entiendo que puedo revocar/retirar esta autorización en cualquier momento mediante una revocación por escrito a la atención de la persona encargada de administrar mi información de salud en este centro, excepto en las medidas ya tomadas al divulgar esta información. Tengo el derecho de revisar una copia sobre la información de salud a ser divulgada. Entiendo además que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Entiendo que la persona/institución antes indicada no rehusará tratamiento en función de si permito que se use o se divulgue a otros mi información de salud. Entiendo que las personas que reciban esta información a través de esta autorización podrán divulgarlos nuevamente, y ya no serán protegidos por las reglamentaciones de privacidad federales. Esta autorización permanecerá válida a menos que la revoque, y que caducará 90 días a partir de la fecha de mi firma o en virtud de la siguiente fecha, evento o acontecimientos:

_____

_____ _____

Firma del paciente Fecha

_____ _____

Firma del Padre/Tutor o Representante Autorizado
(Requerido si el paciente no está legalmente autorizado a firmar la autorización)

Relación con el Paciente

_____ _____

Witness Signature

Relationship to Patient

NeighborHealth OFFICE USE ONLY

Charge: _____ ❍ None (Sending to Medical Provider) ❍ $0.75 (each) for first 25 pages.
$0.50 (each) for pages 26 – 100. $0.25 (each) for pages over 100. Minimum fee of $10.00Payment
Received ❍ Yes ❍ No (requested to be billed)

PHI released by (staff name): _____ Date: _____ ❍ Mail ❍ Fax