

HIPAA-FORMULARIO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN
Autorización para el uso y compartimiento de información médica privada

Nombre del/de la Paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Número de Seguridad Social: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono Celular: _____
Dirección/Domicilio: _____

Yo le doy permiso al Centro de Salud de Rockbridge de usar y compartir con o obtener de

Nombre de la Facilidad o Persona Número de Teléfono/Fax

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Las siguientes fechas: desde _____ hasta _____

**Si se ha especificado ninguna fecha, proporcione sólo los últimos 2 años.*

Pido que mande los siguientes documentos: **(marque todos los que aplican)**

<input type="checkbox"/>	Toda la documentación	<input type="checkbox"/>	Notas de Terapia Física	<input type="checkbox"/>	Otro:
<input type="checkbox"/>	Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/>	Documentación de Inmunizaciones	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Resultados de Rayos-X	<input type="checkbox"/>	Documentos de salud metal	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Información de HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	Notas de Oficina del Médico	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Documentación de farmacia	<input type="checkbox"/>	Documentos de EKG	<input type="checkbox"/>	

La razón por solicitud para compartir la información solicitada por el individuo es:

<input type="checkbox"/>	Traslado o Continuación de Cuidado	<input type="checkbox"/>	Incapacidad
<input type="checkbox"/>	Seguro	<input type="checkbox"/>	Compensación de trabajador/a
<input type="checkbox"/>	Copia persona	<input type="checkbox"/>	Otro:
<input type="checkbox"/>	Abogado	<input type="checkbox"/>	

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización y se puede actualizar si entrego una solicitud por escrito. También entiendo que El Centro de Salud de Rockbridge puede mandar documentos y registros de nuevo bajo esta autorización, con la excepción de documentos sobre la salud mental, los cuales requieren un formulario de autorización separada. También entiendo que puedo declinar firmar esta autorización y es totalmente voluntario, pero también entiendo que ciertos documentos y registros se necesitan para facilitar el mejor cuidado médico posible. **Entiendo totalmente y acepto los términos de esta autorización.**

Firma del/de la Paciente/Guardia y Custodia Legal

Fecha

Esta autorización será efectiva hasta un año después de la fecha de la solicitud, al menos que se diga algo diferente.

Regrese al Centro de Salud