

Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Identificación del paciente

Nombre impreso: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____

Información que se revelará - Abarca los períodos de atención médica

Partir de la fecha _____ hasta la fecha _____

Marque el tipo de información que se revelará::

<input type="checkbox"/> Completo salud expediente	<input type="checkbox"/> Códigos de la diagnosis y del tratamiento	<input type="checkbox"/> Resumen de la descarga
<input type="checkbox"/> Historia y examen físico	<input type="checkbox"/> Informes de la consulta	<input type="checkbox"/> Notas de progreso
<input type="checkbox"/> Resultados del prueba de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes /imágenes de la radiología	<input type="checkbox"/> Proyección de imagen cardiaca
<input type="checkbox"/> Fotografías, videocintas	<input type="checkbox"/> Expediente completo de la facturación	<input type="checkbox"/> Detallado cuenta
<input type="checkbox"/> Instrucciones de la descarga	<input type="checkbox"/> Función pulmonar resultados	<input type="checkbox"/> Inmunización registro
<input type="checkbox"/> Divulgación de Información (ROI) Abstract - Historia y Física (H & P), Resumen del alta, Labor & Delivery Note, Informe Operativo, Procedimiento Note, consulta, laboratorio, patología, los informes de rayos-X		

El otro (especifique) _____

Propósito de la solicitud

<input type="checkbox"/> Tratamiento o consulta	<input type="checkbox"/> A petición del paciente	<input type="checkbox"/> Pago el mandar la cuenta o de las Demandas
---	--	---

El otro (especifique) _____

Enviar/reveler la información Registros del Hospital Registros de la Clinica/Proveedor de la Clinica _____

Papel CD (si está disponible) Portal electrónico (notificación del E-mail cuando el acceso está disponible) E-mail

Las transmisiones electrónicas no encriptadas no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información en una transmisión electrónica no encriptada pueda ser interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que se dirige. * **Escriba sus iniciales si ha solicitado que su información sea enviada a usted en un formato electrónico sin cifrar.** _____

Releas de nombre: _____

Correo de nombre: _____

Dirección: _____

Dirección del E-mail: _____

Trastorno por uso de sustancias, y/o lanzamiento de psicoterapia, y/o de HIV/AIDS de los expedientes

Entiendo que si mis expedientes médicos o de la facturación contienen la información en referencia al trastorno por uso de sustancias y/o tratamiento de psicoterapia que me han producido la oportunidad de firmar una autorización específica.

Inicial una: Sí _____ No _____ No aplicable _____

Entiendo si mis expedientes médicos o de la facturación contienen la información en referencia a HIV/AIDS (síndrome adquirido de la inmunodeficiencia) que prueba y/o tratamiento que me han producido la oportunidad de firmar una autorización específica.

Inicial una: Sí _____ No _____ No aplicable _____

Límite y la derecha de tiempo de revocar la autorización

A menos que hasta el punto de la acción se haya tomado ya en confianza en esta autorización, pueda revocar en cualquier momento esta autorización sometiendo un aviso en escribir al oficial de la aislamiento de la facilidad en CSV-ComplianceOfficer@stvin.org A menos que esté revocada, esta autorización expire la fecha o el acontecimiento siguiente _____ o 180 días a partir de la fecha de la firma.

Re-acceso

Entiendo que la información divulgada por esta autorización se puede estar conforme a re-acceso del recipiente y proteger no más por el acto de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro médico de 1996. Lanzan la facilidad, a sus empleados, a los oficiales y a los médicos por este medio de cualquier responsabilidad o responsabilidad legal por el acceso de la información antedicha hasta lo indicada y autorizada adjunto.

Firma del paciente o del representante personal o del representante legalmente autorizado que puede solicitar acceso

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y mi tratamiento o pago para los servicios no será negado si no firmo esta forma a menos que se especifique arriba bajo propósito de la petición. Puedo examinar o copiar la información protegida de la salud que se utilizará o divulgada.

Autorizo _____ *[nombre de la facilidad]* para lanzar la información protegida de la salud especificada arriba.

Firma: _____ Fecha: _____

Autoridad para firmar si no paciente: _____

Identidad del solicitante verificada vía: Identificación de la foto Firma que empareja Otro, especifica el _____

Verificado cerca: _____