



## Autorización para Divulgar Información Médica

- Lincoln Heights       GCBHS (Amelia/Madison)  
 Mt. Healthy       SBHC (Heritage/Viking)  
 Forest Park

### Paso 1: Información del Paciente:

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Apellido de Soltera ( Si Aplica)		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Número Telefónico	
Fecha De Nacimiento	Seguro Social		Correo Electronico		

### Paso 2: OBTENER REGISTRO DE:

### ENVIAR REGISTRO A:

Nombre	Nombre				
Dirección	Dirección				
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal

### Paso 3: Información debe utilizarse para: Marque solo una

- Continuar cuidado Médico o Dental en otra locacion       Evaluacion de daños o reclamaciones  
 Otras (Especifique) \_\_\_\_\_

### Paso 4: Que información se va a divulgar? Marque uno o Mas

Fecha de Tratamiento solicitado    \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ A \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso         | <input type="checkbox"/> Registro de Vacunas | <input type="checkbox"/> Notas Operativas      |
| <input type="checkbox"/> Historia y Físico         | <input type="checkbox"/> Resumen de alta     | <input type="checkbox"/> Visitas de Emergencia |
| <input type="checkbox"/> Otras (Especifique) _____ |  |  |

### Paso 5: Liberación de Información Confidencial

En la medida en que exista, autorizo los registros de lanzamiento para incluir información sobre lo siguiente, inicial todos los que tal vez liberados.

- Diagnóstico y / o tratamiento de abuso de drogas o alcohol       Pruebas y Tratamiento de VIH  
 Condiciones Psiquiátricas (Estrés, Ansiedad, Depresión, etc.)

### Paso 6: Permiso y Firma

- Autorizo el uso y divulgación de la información de salud identificable individualmente solicitada. Certifico que estoy haciendo esta solicitud voluntariamente y que la información anterior es exacta a mi leal saber y entender. Esta publicación de información se rige por las políticas establecidas en el Aviso de privacidad de Healthcare Connection.
- Este es un comunicado de una sola vez que se hará dentro de cuarenta y cinco (45) días. Mi expediente médico no puede ser puesto en libertad de nuevo a los mencionados anteriormente sin mi consentimiento por escrito.
- Entiendo que una vez que la información sea divulgada de acuerdo con esta autorización, el receptor puede volver a divulgarla y la información no puede ser protegida por regulaciones federales.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, enviando una notificación por escrito a Healthcare Connection Attn. Gerente de Práctica en el Centro donde recibo cuidado. La revocación se hace efectiva dentro de los treinta (30) días laborables después de la recepción por parte de Healthcare Connection. Tal revocación NO cubrirá acciones que fueron permitidas por este Consentimiento y que ya fueron tomadas por Healthcare Connection antes de la revocación.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  Paciente     Padres     Guadián Legal

The Healthcare Connection no requerirá que firme este formulario para recibir tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios, a menos que específicamente lo permita la Reglamentación de Portabilidad y Privacidad de Seguro de Salud Federal. Usted puede inspeccionar y copiar la información de salud que se utilizará o divulgará.

Original: Instalación

Fotocopia: Paciente

**Su Identificación puede ser requerida para proteger su privacidad**