



# Siskiyou Community Health Center

## AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE: *(En letra de molde)*

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Tipo de identificación: \_\_\_\_\_

### DIVULGAR INFORMACIÓN A:

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Tipo de identificación: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:

Ponga sus iniciales en todas las que aplican.

- |                                 |                                 |                               |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| _____ Notas de expediente       | _____ Informe del hospital      | _____ Notas del cuadro dental |
| _____ Resultados de diagnóstico | _____ Vacunas                   | _____ Cuadro periodontal      |
| _____ Laboratorio/patología     | _____ Consultas de especialista | _____ Radiografías            |
| _____ Medicamento               | _____ Facturación               | _____ Información de citas    |

Esta autorización se puede revocar en cualquier momento al proporcionar un aviso por escrito al Siskiyou Community Health Center. Dicho aviso tendrá vigencia inmediatamente después de que lo reciba el personal de expedientes del Siskiyou Community Health Center.

Fecha del consentimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento del consentimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Acepto que la información que se divulgue puede tener información que es protegida por las leyes federales y estatales (por ejemplo, abuso de drogas/alcohol, salud mental, VIH/SIDA) y específicamente doy mi consentimiento para divulgar dicha información.

Ponga sus iniciales en cada una que aplique:

- \_\_\_\_\_ VIH/SIDA
- \_\_\_\_\_ Salud mental
- \_\_\_\_\_ Abuso de drogas/alcohol

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_