



Autorización de Divulgación e Intercambio de Información Médica

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

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

DIVULGAR INFORMACIÓN A:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Parentesco: _____

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:

Ponga sus iniciales en todas las que aplican.

_____ Notas de expediente

_____ Resultados de diagnóstico

_____ Laboratorio/patología

_____ Medicamento/Farmacia

_____ Informe del hospital

_____ Vacunas

_____ Consultas de especialista

_____ Facturación

_____ Notas del cuadro dental

_____ Cuadro periodontal

_____ Radiografías

_____ 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: _____