

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	_____ Informe del hospital	_____ Notas del cuadro dental
_____ Resultados de diagnóstico	_____ Vacunas	_____ Cuadro periodontal
_____ Laboratorio/patología	_____ Consultas de especialista	_____ Radiografías
_____ Medicamento/Farmacia	_____ 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. Este consentimiento **tendrá vigencia de hasta un (1) año.**

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: _____