

Autorización Para Divulgar/Liberar Información Protegida De Registros De Salud Designados

Complete este formulario en su totalidad para que podamos ayudarlo a recibir la información que solicita.

1. Esta autorización es voluntaria. Entiendo que Community First Health Centers no basará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de beneficios con mi firma en este documento

Nombre completo: _____ Nombre de Soltera/o: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ # Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

2. **Yo mismo:** Solicito a Community First Health Centers que me divulgue mi información médica protegida a mí mismo.
Seleccione el método de entrega: Correo electrónico Recoger en la oficina Correo (a la dirección indicada anteriormente) Fax: _____

3. **Otro:** Soy el paciente o representante legal autorizado del paciente mencionado anteriormente y solicito a Community First Health Centers que divulgue la información médica protegida (o la información del paciente mencionada anteriormente) a:

Individuo/Persona: _____ Empresa/Organización: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ # Teléfono: _____

Fax: _____

Seleccione el método de entrega: Fax Correo de EE. UU. Correo electrónico: _____

4. Propósito de la divulgación/divulgación a otra persona/organización:

- Continuación/Transferencia
- Abogado/Legal
- Compañía de seguro
- Compensación del trabajo
- Directiva del paciente
- Otra razon(especifique): _____

5. Registros médicos para divulga:

Yo presente, autorizo a Community First Health Centers a divulgar/recibir todos y cada uno de los registros médicos y la información que se especifica a continuación, relacionados con mi atención y tratamiento, que pueden incluir radiografías, fotografías, archivos electrónicos y digitales y cualquier otro registro, a menos que yo indique o especifique expresamente lo contrario. Entiendo que la información médica puede incluir registros, si los hay, relacionados con el tratamiento para el abuso de alcohol y drogas protegidos por las regulaciones en 42 C.F.R. Parte 2; servicios psiquiátricos / psicológicos y registros de trabajo social, y cualquier información sobre enfermedades e infecciones transmisibles, definidas por la regla del Departamento de Salud Pública de Michigan, que puede incluir enfermedades venéreas de tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, adquirir síndrome de inmunodeficiencia (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o complejo relacionado con el SIDA (ARC). Esto no incluye notas de psicoterapia.

Información que debe divulgarse (ser específico):

- Transferencia de registro rayos-x resultados (esto es típicamente todo lo que otra clínica dental le gustaría enviar, a menos que se indique lo contrario) [especifique fecha (s)]: _____
- Notas clínicas del expediente [especifique la(s) fecha(s)]: _____
- Tabla de Perio [especifique fecha (s)]: _____
- El Conjunto de Registros Designados (este es el expediente dental complete incluyendo información de facturación): _____

Verifique a continuación cualquier **EXCLUSIÓN:**

- Abuso de alcohol/sustancias
- Registros de salud mental
- VIH/SIDA
- Otro (especifique): _____

OFFICE USE ONLY			
Date received:	_____	Provider initials:	_____
Date released:	_____	Initials of staff who sent info:	_____

6. Divulgación de registros A Community First Health Centers:

Autorizo la divulgación de registros a **Community First Health Centers**

ATTE: Dental Department
1011 Military Street
Port Huron, MI 48060
Fax # 810-488-8003 De: _____

OFFICE USE ONLY		
Send medical records via:		
<input type="checkbox"/> US Mail	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Email

Autorizo la divulgación de registros a **Community First Health Centers**

ATTE: Dental Department
58144 Gratiot Avenue, PO Box 480430
New Haven, MI 48048
Fax # 586-749-5381 De: _____

De: _____

Nombre: _____

Dirección: _____ **Ciudad/Estado/Código postal:** _____

Teléfono: _____ **# Fax:** _____

7. Puedo revocar esta autorización enviando un aviso por escrito a la ubicación de Community First Health Centers donde recibió servicios dirigidos a la atención de Registros Médicos. Una solicitud para revocar una autorización no afectaría ninguna acción ya tomada por Community First Health Centers basada en esta autorización. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Puedo inspeccionar o copiar (a un costo adicional) la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524. Esta autorización expira cuando revocé este consentimiento o dentro de un año calendario de haber sido firmado. **Si desea que esta autorización caduque antes de un año calendario, indique la fecha de vencimiento aquí: _____.**

8. Para proteger la información de su registro de salud, cualquier información solicitada para ser enviada por correo electrónico será encriptada y protegida con contraseña a menos que se solicite lo contrario. Las comunicaciones enviadas por correo electrónico a través de Internet no siempre son seguras y pueden ser interceptadas y leídas / recibidas por alguien que no sea a quien se dirigieron. Elegir tener la información de salud solicitada por correo electrónico implica que usted acepta este riesgo.

_____	_____	_____	_____
Firma del paciente o de la persona legalmente autorizada	Nombre Escrito	Fecha	Hora
_____	_____		
Firma del testigo	Fecha	<input type="checkbox"/> Traducción proporcionada	

The Standards for Privacy of Personally Identifiable Health Information, 45 CFR Parts 160 and 164, states that information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to disclosure by the recipient of this information. The federal confidentiality Rules CFR Part 2 prohibit making any further disclosure of drug or alcohol information unless further disclosure if this information is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 1. 11/14/2018



This institution is an equal opportunity provider.
 Partially funded by a Bureau of Primary Health Care, Health Resources and Services Administration, U.S. Department of Health, and Human Services Grant