

TUCSON CENTRAL PEDIATRICS

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

1) autorizo a Tucson Pediatría centrales de revelar información de salud protegida de los registros de salud de:

DOB _____ name _____ paciente
Address _____ City _____ State _____ ZIP _____
Teléfono number _____ SS # _____

Que cubre los períodos de atención de la salud a partir de (fecha) _____ (fecha)

2) Esta información ha de ser divulgada a: (destinatario)

Nombre _____
Dirección _____

3) Información a exponer: _____ registros de salud completo o
_____ Oficina observa pruebas _____ Laboratory _____ Consultation informes
_____ Radiología informa facturas _____ Itemized _____ otra _____

3) Propósito o descripción de cómo se usará la información:

4) Yo entiendo que esto puede incluir información relacionada con los siguientes datos y estoy de acuerdo con su liberación a menos que me indican que no hay
Sí _____ / No _____ el SIDA o la infección por VIH Sí _____ / No _____ Behavioral Health cuidar Sí _____ /
Tratamiento No _____ de alcohol y / o abuso de drogas Sí _____ / No _____ asesoramiento genético o prueba
Sí _____ No _____ / Pruebas de embarazo y / o enfermedades de transmisión sexual

5) Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción se ha tomado en base a la autorización. A menos que sea revocada, esta autorización expirará al cabo de 2 años, a menos que se indique lo contrario. Más autorizaciones deben ser completados y firmados en una forma separada.

6) Pediatría Tucson central, sus empleados, directores y miembros del personal médico se liberan de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de mi información de salud protegida en la medida autorizada por este formulario.

7) Entiendo que el centro de Tucson Pediatría no condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad en la obtención de esta autorización, excepto cuando la ley federal permite que tales condiciones.

8) Yo entiendo que si la organización autorizada para recibir la información de salud no es un proveedor del plan de salud o de atención de la salud, la información entregada podría ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

9) Yo entiendo que habrá una tarifa por la copia de estos registros para uso personal. Además, el acceso de revisión del registro original tendrá una cuota y un límite de tiempo.

Firma del Paciente o Representante Legal Fecha Firma del testigo Fecha

Nombre impreso de relación Representante de paciente

9/0
6