



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Yo,

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Autorizo a: Carson Tahoe Health **Otro**

Para divulgar ante:

Nombre Dirección/Fax #/Dirección de correo electrónico donde/cómo desea que se envíen los registros.

Con el propósito de: Médico/Hospital Uso personal Seguro Abogado
Otro

En relación a la atención brindada el:

al

Fecha

Fecha

Me gustaría que se divulgara la siguiente información **(solo se divulgarán los elementos marcados):**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Informes de imagenología |
| <input type="checkbox"/> Historial y examen físico | <input type="checkbox"/> Imágenes diagnósticas (obtención en el Departamento de Radiología) |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Informes de ECG |
| <input type="checkbox"/> Informes operativos | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Informes de emergencia | <input type="checkbox"/> Otro |

Autorizo específicamente la divulgación de información para los siguientes tratamientos o procedimientos que se incluyen en estos registros. **(Debe colocar sus iniciales en los artículos solicitados, o no se divulgarán con el registro anterior).**

- Tratamiento del trastorno por consumo de alcohol o drogas
- Tratamiento psiquiátrico y para enfermedades mentales
- Virus de inmunodeficiencia humana

Entiendo que este consentimiento expirará en 90 días a partir de la fecha de firma, a menos que se especifique por escrito que me gustaría que se extendiera. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan tomado acciones en virtud de la autorización. Entiendo que la revocación debe hacerse por escrito y dirigirse al Custodio de Registros Médicos y entregarse o enviarse por correo postal a 'Medical Records Dept., P.O. Box 2168, Carson City NV, 89702-2168'. Entiendo que las partes que reciban estos registros pueden volver a divulgar mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI) a personas o entidades que no están sujetas a las regulaciones de privacidad de HIPAA, lo que resulta en que mi PHI ya no esté protegida por las regulaciones de privacidad de HIPAA.

Fecha de vencimiento: (si esto permanecerá en vigor por más de 90 días)

Firma del Paciente o Representante Legal

Relación de Representación Legal

Fecha

45 CFR 164.508 (c)(2)(ii) La entidad cubierta no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a que la persona firme o no la autorización.

DEBIDO A SU CONFIDENCIALIDAD, SOLO ENVIAMOS FAXES CONFORME A LOS REQUISITOS DE LA HIPAA

Teléfono # 775-445-8585 Fax # 775-888-3206 or 775-884-5460 1600 Medical Parkway, Carson City, NV 89703

To be completed by CTH Staff

ID Checked (initial) _____ Print Name _____

Emp. Department _____ Date Processed _____

How were the records delivered? Hand Carry Paper Hand Carry Disk/Flash Drive Mail Fax
 [SECURE] E-mail

