



AUTORIZACIÓN PARA ACCESO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Autorización para utilizar y divulgar la información de salud protegida por razones con excepción de tratamiento, pagarés, u operaciones del centro de salud. La autorización ya firmada estará autorizando a Charter Oak Health Center para utilizar y divulgar la información de salud protegida (PHI) que está en nuestra posesión en respecto al nombre escrito abajo.

1. Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Chart Number: _____
Dirección del Paciente: _____ Número de Seguro Social: ____-____-____

Número de Teléfono: (____) _____-

2. El Uso y/o Divulgar Autorizado: La información que se divulgará es (usted debe especificar la información exacta que se divulgará, incluyendo fechas del servicio. Esta autorización no será honrada sin esta información requerida):

- Historia Reciente y Físico Resultados del laboratorio Reportes de Rayos-X
- Reportes de consultas Expediente de Inmunización Expediente Médico Completo
- Expediente Dental Notas del Cuidado Psiquiátrico (Salud Mental) Otro: _____

Fechas: _____

Entiendo que esta información puede incluir la información referente a: (marque todo lo que aplique)

- Drogas Abuso del alcohol Salud mental o cuidado psiquiátrico SIDA/VIH

3. Personas u organización autorizada para utilizar o divulgar: _____

4. Personas u organización autorizada para recibir y utilizar: _____

5. Propósito de la información solicitada para utilizar y/o divulgar

- Médico Legal Escuela Seguro Discapacidad Solicitación del paciente Otro: _____

- 6. Entiendo que puedo revocar esta autorización escribiendo una carta en cualquier momento a la oficina de contacto mencionada abajo. Sin embargo, entiendo que no puedo revocar esta autorización para ninguna acción tomada antes de escribir mi carta de revocar esta autorización. Además, entiendo que estoy dando esta autorización como condición de obtener cobertura de seguro, y si revoco esta autorización, la compañía de seguros tiene el derecho de disputar mi petición debajo de la póliza de seguro.
- 7. Entiendo que, bajo la mayoría de las circunstancias, un proveedor de salud no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción, o ventajas de elegibilidad de beneficios en mi firma de esta autorización. Sin embargo, entiendo que la firma de una autorización que permita el uso y/o del acceso de la información protegida de salud mía o de mi niño/a para los propósitos de alguna investigación para condición de mi tratamiento si estoy experimentando el tratamiento relacionado a la investigación. También, puedo ser requerido a firmar una autorización si mi tratamiento se proporciona solamente con el fin de crear información protegida de salud para el acceso de tercera persona, y bajo algunas circunstancias, un plan de la salud, para hacer la inscripción y determinaciones de la elegibilidad.
- 8. Entiendo que bajo la ley aplicable la información divulgada bajo esta autorización puede estar conforme a acceso adicional del recipiente y por lo tanto puede que no sea protegido más por los reglamentos de privacidad.

Oficina de Contacto:
Charter Oak Health Center, Inc.
21 Grand Street
Hartford, CT 06106

9. Término de autorización (seleccione una de las siguientes dos opciones)

_____ Esta autorización terminará en el siguiente día ____/____/____ (no más de 180 días de El día de la firma)

_____ Esta autorización terminará cuando ocurra el acontecimiento siguiente. El acontecimiento debe relacionarse con el individuo o el propósito del uso y/o de divulgar. Describa el acontecimiento: _____

10. Firma del paciente

He tenido la oportunidad de leer y pensar en el contenido de esta forma y convengo con todas las declaraciones hechas en esta autorización punto entiendo que firmando esta forma estoy confirmando la autorización para el uso y el acceso de la información protegida de la salud descrita en esta forma con las personas y las organizaciones nombradas en esta forma.

Firma del Paciente o Representante Legal Día: ____/____/____ _____
Firma del Testigo

Si lo firma el Representante Legal, indique su relación con el paciente: _____