

Autorización del paciente para divulgar, divulgar y/u obtener información médica protegida

**** Se requiere copia de identificación con foto ****

1. Información del paciente

Nombre del paciente
(apellido, primer infarto de miocardio): _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre(s)/alias anterior(es): _____ Número de teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

2. Registros que deben ser Released From:

Mid Valley Hospital and Clinic 810 Jasmine Street Omak, WA 98841

3. Los registros que debendarse se cierran (por ejemplo, compañía de seguros, enel torney, proveedor, paciente)

Abogado Seguro Proveedor Personal Otros (especificar): _____
Nombre (la OMS puede tener información): _____
Número de teléfono: _____ Número de fax: _____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

4. Propósito de Release

Abogado Seguro Proveedor Personal Otro (especificar): _____

5. Método de entrega (autorizo que mis registros se entreguen en el siguiente método)

Correo de EE. UU. Correo electrónico Portal del Paciente Fax Recogida en Mid Valley Hospital

6. La información que debedarse es cerrada:

FECHAS/AÑOS ESPECÍFICOS: _____

Visita al consultorio Vacunas Resumen de la aprobación de la gestión Registros de facturación Historia y Física
 Laboratorios Radiología/Rayos X Informe de emergencia Informe de cirugía Otro (especificar): _____

7. Información de salud confidencial (al marcar una casilla a continuación, autoriza la divulgación de información confidencial)

Abogado Seguro Proveedor Personal Otro (especificar): _____

8. Autorización

Entiendo que: 1) Solicitudes de copias de registros médicos sujetos a tarifas de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales / estatales. 2) La autorización expirará 365 días a partir de la fecha firmada a menos que se especifique lo contrario (Otra fecha:). 3) Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y enviarse por fax al 509-826-7678 o por correo a PO Box 793 Omak, WA 98841. La revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. 4) Cualquier divulgación de información conlleva el potencial de divulgación no autorizada, y la información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad.

Nombre impreso del paciente/representante legal:

Relación con el paciente:

Firma del paciente/representante legal:

Fecha:

Hora:

Firma del menor (de 13 a 17 años) si solicita información confidencial: