

SERVICIOS MÉDICOS PSIQUIÁTRICOS

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Complete este formulario para que Adapt Psychiatric Medical Services pueda solicitar los registros de sus proveedores anteriores. Completar este formulario es opcional y no es necesario para establecer la atención en Adapt Psychiatric Medical Services, pero nos ayudará a proporcionar una atención continua al paciente.

Autorizo a:	
(Nombre del médico)	(Dirección y/o teléfono/fax)
a utilizar y divulgar información de salud específica con respecto a:	
(Nombre del paciente)	(Fecha de nacimiento)
a Adapt Integrated Health Care: Servicios Médicos Psiquiátricos 621 W Madrone St., Roseburg, OR 97470 Fax: 541-440-3554	
con el siguiente fin (marque todas las que apliquen):	
<input type="checkbox"/> Continuidad de la atención médica <input type="checkbox"/> Conferencia telefónica <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	
Incluya (marque todas las que apliquen): <input type="checkbox"/> Notas en la hoja clínica <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/Patología <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Informes de electrocardiograma (ECG) <input type="checkbox"/> Pruebas de diagnóstico <input type="checkbox"/> Registros de vacunación <input type="checkbox"/> Otro, especifique lapso de tiempo, diagnóstico o los informes específicos de la fecha en que se vio al paciente por última vez:	
Si le solicitamos esta autorización para nuestro propio uso y divulgación o para permitir que otro proveedor de atención médica o plan de salud nos revele información:	
<ul style="list-style-type: none"> • La recepción de esta autorización firmada no puede condicionar nuestra prestación de servicios o el tratamiento que usted reciba. • Usted puede inspeccionar una copia de la información de salud protegida que se utilizará o divulgará. • Puede negarse a firmar esta autorización y • Debemos proporcionarle una copia de la autorización firmada. 	
Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito, excepto si ya hemos utilizado o divulgado información en virtud de esta autorización o si usted ya ha firmado esta autorización como condición para la cobertura del seguro. Para revocar esta autorización, póngase en contacto con nuestra oficina. A menos que se revoque antes o se indique lo contrario, esta autorización expirará a los 180 días de la fecha en que se firmó.	
Escriba sus iniciales en cada declaración de consentimiento.	
_____ Doy mi consentimiento para la divulgación de mi información sobre VIH/SIDA.	
_____ Doy mi consentimiento para la divulgación de mi información de salud mental.	
_____ Doy mi consentimiento para la divulgación de la información sobre mis pruebas genéticas.	
_____ Doy mi consentimiento para la divulgación de la información sobre mi diagnóstico, tratamiento o remisión de drogas/alcohol, lo que requiere, según la ley federal, la descripción anterior de la cantidad y el tipo de información que se va a divulgar.	

He leído y entiendo esta autorización. También entiendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y dejar de estar protegida por la ley federal.

Firma del paciente o tutor legal/Representante personal (marque uno)	Fecha
Aclaración del paciente	Aclaración del firmante y relación si no es el paciente