

Grace Health

181 West Emmett Street
Battle Creek MI, 49037

Numero de teléfono: 269-965-8866 / Numero de Fax: 269-966-2627 / Correo electrónico: hidnoreply@gracehealthmi.org

Autorización para la divulgación de información médica

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombres previos: _____ Número de teléfono (____) _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código

Autorizo a Grace Health a:

(Marque solo una opción)

Enviar información A Obtener información DE Intercambiar información verbal con Uso personal/propio

Nombre de la instalación / Proveedor / Persona: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código

Número de teléfono: (____) _____ Número de Fax: (____) _____

Dirección de correo electrónico de la instalación: _____

Información específica que se publicará – Desde la fecha: _____ **Hasta la fecha:** _____

Solicito que se divulgue la siguiente información, que puede incluir, pero no se limita a, el historial, pruebas, diagnóstico y/o tratamiento del abuso de drogas o alcohol, salud mental (como psicoterapia y salud conductual), enfermedades e infecciones contagiosas (como enfermedades venéreas, tuberculosis, hepatitis A, B, C, VIH, pruebas del VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y el complejo relacionado con el SIDA (ARC). **Entiendo que, si no designo un rango de fechas específico, yo (o el destinatario designado) recibiré(a) sólo los últimos 24 meses de registros solicitados.**

Todos los registros en el conjunto de registros designado según la política de Grace Health (ver el reverso)

O seleccione una de las siguientes opciones:

Resultados de Laboratorio Visitas Médicas Inmunizaciones Registros Dentales Salud Mental OB/GYN

Visitas de especialidad Radiografías dentales Trastorno por consumo de sustancias (SUD)/Tratamiento asistido por medicamentos (MAT)

Otro (Especificar) _____

Propósito de la liberación:

Transferencia de atención a otro proveedor Otro: _____

Autorizo a Grace Health a intercambiar información verbalmente con la institución o persona nombrada anteriormente con respecto a la información que se divulgará. Entiendo que existe la posibilidad de que el destinatario vuelva a divulgar la información y que ya no esté protegida por las normas federales de privacidad. Entiendo que este es un formulario opcional y que mi negativa a firmarlo no afectará mi capacidad para obtener tratamiento y que puedo obtener una fotocopia de este formulario si lo solicito. **Esta autorización es efectiva durante un año a partir de la fecha de ejecución.** Sin embargo, puedo revocarla en cualquier momento mediante un aviso por escrito a la parte mencionada anteriormente; entiendo que es posible que se haya divulgado información cuando la autorización era válida. Autorizo a Grace Health a usar y divulgar cualquier registro protegido por la Parte 2 del Título 42 del CFR para el tratamiento, el pago y las operaciones (TPO). La autorización de divulgación de trastornos por consumo de sustancias (SUD) está vigente hasta que se revoque mediante un aviso por escrito. Se aceptará un fax o una fotocopia de este documento en lugar del original. Doy mi consentimiento para recibir todos los registros y las comunicaciones de forma electrónica.

(Firma) _____ Nombre en letra de Imprenta _____ Fecha _____
 Paciente/ Representante Legal Padre Guardian

Testigo (Nombre en letra de imprenta) _____ Fecha _____

Sólo para uso de la oficina (For Office Use Only):

HID Received:	Processed By:	Method:
Date Processed:		<input type="checkbox"/> Faxed <input type="checkbox"/> Mailed <input type="checkbox"/> Emailed <input type="checkbox"/> Given to patient / legal representative <input type="checkbox"/> Patient Portal <input type="checkbox"/> USB

Conjunto de registros designados de Grace Health

Fotocopia de la solicitud de divulgación

Notas de progreso (24 meses)

Resultados de pruebas de laboratorio (24 meses)

Registros de vacunación (solo para pacientes pediátricos)

Lista de medicamentos/alergias

Gráficos de crecimiento, desde el nacimiento hasta los 5 años (solo para pacientes pediátricos)

Notas de visitas al consultorio (incluido el médico de cabecera y cualquier especialidad según corresponda)

Radiología

Pruebas de diagnóstico

Consultas (24 meses)

Procedimientos

Registros de obstetricia (solo embarazo actual)

Información confidencial, si está autorizada (24 meses)

Nota: La información se proporcionará 24 meses después de la firma de la Autorización para la divulgación de información médica.