

Por favor, marque todas las casillas apropiadas.

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ MR # _____

Apellido de soltera / AKA _____ Número de Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Autorizo que mis registros sean liberados de:

Nombre: _____

Dirección: _____

Código postal: _____

Fecha (s) de Servicio: Desde: _____ Hasta: _____

Autorizo que mis registros sean liberados de:

Nombre: _____

Dirección: _____

Código postal: _____

Información Específica Autorizada para su Liberación

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reportes de Sala de Emergencias | <input type="checkbox"/> Informe Operativo | <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento / Planificación |
| <input type="checkbox"/> Resumen al ser Dado de Alta | <input type="checkbox"/> Informe de servicios de rehabilitación /
O.T., P.T., Cardíaco | <input type="checkbox"/> Historia Psiquiátrica y Física |
| <input type="checkbox"/> Historia y Examen Físico | <input type="checkbox"/> Informe (s) de patología / laboratorio | <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> ECG (s) | <input type="checkbox"/> Correo / Verbal # de Cuenta _____ | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta Psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Rayos X /
Filmes, Digital, CD | <input type="checkbox"/> Registros de Facturación | <input type="checkbox"/> Pruebas Psiquiátricas |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> Otros _____ | <input type="checkbox"/> Expediente Médico Completo |

Propósito de la divulgación

- Abogado / Legal Seguros / Compensación Razones Personales Tratamiento

Entiendo que esto incluirá información relacionada con:

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección con VIH (Virus de inmunodeficiencia humana), complejo relacionado con el SIDA (ARC).
- Enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, hepatitis, enfermedades transmisibles y enfermedades infecciosas.
- Tratamiento para Abuso de Alcohol y / o Drogas
- Servicios de Salud Mental.

Liberación de información

1. Entiendo que esta autorización se extiende a todos los registros médicos de otros proveedores en la medida indicada anteriormente, esto puede incluir cualquier información sobre el tratamiento de abuso de sustancias, servicios de salud mental, enfermedades transmisibles y enfermedades infecciosas, Incluyendo enfermedades de transmisión sexual, infección por VIH, complejos relacionados con la inmunodeficiencia adquirida, enfermedades venéreas, hepatitis o tuberculosis.
2. Entiendo que puedo revisar o copiar la información que se divulgará y, después de revisarla, negarme a firmarla o revocar esta autorización en cualquier momento si ya se firmó mediante el envío de una revocación por escrito al Departamento de Registros Médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. A menos que se revoque, esta autorización caducará en la siguiente fecha, evento o condición:
_____ Si no especifico la fecha de caducidad, el evento o la condición, esta autorización expirará en seis (6) meses.
3. Entiendo que cualquier divulgación de esta información a los proveedores tiene la posibilidad de una nueva divulgación y la misma puede no estar protegida por las normas / reglamentos de confidencialidad federales o estatales.
4. Entiendo que mi tratamiento actual, tratamiento futuro o pago a Holland Hospital no está condicionado a proporcionar o firmar esta autorización, a menos que esta autorización se haga con el fin de liberar datos relacionados con investigaciones de ensayos clínicos o médicos.
5. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. No necesito firmar este formulario para garantizar un tratamiento continuo o futuro.

Me han proporcionado una copia de esta autorización para mis registros.

X _____ Fecha: _____

Firma del Paciente o Persona Autorizada para Consentir
Nota: Si la firma está marcada con una X, debe tener dos testigos.

X _____
Relación, si no es Paciente, Tutor legal - adjuntar documentación.

X _____ X _____
Testigo Testigo

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Registros Médicos de Holland Hospital al (616) 394-3154 o envíe un fax al (616) 394-3285.

