Autorización para Divulgación/ Solicitud de Información

Si tiene preguntas, comuníquese con nosotros al (919) 833-3111

Nombre del paciente: _____
Apellido(s) Primer Nombre *Nombre de Soltera u Otro*

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ Mi Sitio de Salud Comunitaria de Advance: _____

Solicitar Expediente de:
Por la presente solicito mi expediente médico/dental a:

Nombre _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Fax: _____

Divulgar Expediente a:
Por la presente autorizo a Advance Community Health a divulgar expedientes médicos/dentales como indicado a continuación a:

Nombre _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Fax: _____

Información que se solicitará/divulgará:
(elija uno)
- ☐ Fechas de Servicio: _____ a _____
- ☐ Todas mis fechas de servicio

Incluir:
- ☐ Visitas al consultorio
- ☐ Informes de laboratorio
- ☐ Vacunas
- ☐ Otro: _____

Propósito de la divulgación *(elija uno):*
- ☐ Cambio de proveedor
- ☐ Escuela
- ☐ Consulta/segunda opinión
- ☐ Compensación al trabajador
- ☐ Atención continua/referencia
- ☐ Seguro
- ☐ Legal
- ☐ Personal
- ☐ Otro: _____

Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con:
- ☐ Abuso de sustancias (incluido el abuso de alcohol/drogas)
- ☐ Salud mental (incluidas notas de psicoterapia)
- ☐ ETS, VIH e información relacionada con el VIH (incluidas pruebas de ETS)
- ☐ Ninguna de las anteriores

Firma: _____ _____
Firma del paciente o padre/tutor Fecha

Yo soy el (elija uno):
- ☐ Paciente
- ☐ Padre/tutor
- ☐ Persona autorizada
- ☐ Otro: _____

1. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la organización proveedora.
2. Entiendo que la información utilizada o divulgada al firmar esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

_____ _____ _____
Nombre del Solicitante Firma del Solicitante Fecha

_____ _____ _____
Nombre del Testigo Empleado de ACH Firma del Testigo del empleado de ACH Fecha