

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Al completar y firmar este formulario, Thundermist Health Center y sus afiliados (por ejemplo, subsidiarias, agentes, empleados) están autorizados a divulgar mi información médica protegida (PHI) a las personas o entidades que se enumeran a continuación.

Por favor, rellene todas las secciones de este formulario.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Número de teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Finalidad de la obtención:

Marque la casilla correspondiente o especifique otro propósito.

- Tratamiento/Atención Continua
 Transferencia de Atención
 Legal
 Uso personal
 Determinación de Incapacidad
 Empleo
 Otro (especifique): _____

¿De dónde debería obtener Thundermist tus registros? (Por favor, complete en su totalidad)

Para: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____

Fechas Específicas de Solicitud de Servicio(s) _____ Para _____

- Avances/Consultar Notas
 Informes de Laboratorio
 Informes de rayos X
 Registros dentales
 Registros de resúmenes (Resumen médico de los últimos 2 años, televisitas, informes de laboratorio, informes de rayos X, estudios especiales)
 Registro completo (últimos 10 años)

Thundermist Health Center no proporciona registros de otras oficinas de atención médica. Solicítelos directamente al proveedor original.

Entiendo que mi expediente médico puede contener información que se considera confidencial según la ley. Mi(s) marca(s) de verificación a continuación indica que no permito que esta información sea divulgada o solicitada.

No incluye:

- Tratamiento para el VIH/SIDA
 Tratamiento de salud conductual
 Uso y/o tratamiento de sustancias
 ETS/ITS, pruebas, diagnóstico y/o tratamiento
 Información y/o atención para personas transgénero

A menos que marque una casilla arriba, entiendo que se divulgará la información de salud conductual y las listas de medicamentos. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito antes de que se publiquen los registros. Thundermist Health Center no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para la atención a mi decisión de firmar esta autorización.

Si el destinatario no es un proveedor de atención médica o de un plan de salud, es posible que mi información ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad. También entiendo que se me puede cobrar una tarifa por esta solicitud, según lo permita la ley.

Mi firma confirma el consentimiento para el uso o la divulgación de la PHI mencionada anteriormente. Esta autorización caduca un año a partir de la fecha de firma.

Firma del paciente:	Fecha:
o firma del representante autorizado:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta del Representante Autorizado:	Número de teléfono del representante autorizado:
Relación con la autoridad legal del paciente o representante para actuar en nombre del paciente:	