

Mahube-Otwa Family Health
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
AUTHORIZATION FORM FOR RELEASE OF INFORMATION

Nombre del paciente:	Último <i>(last)</i>	Primero <i>(first)</i>	MI	Maiden/Otro Nombre	Patient #:
Fecha de nacimiento: Mes / Día / Año	Teléfono durante el día: (Contacto S/N)		Teléfono durante la noche: (Contacto S / N)		

1. Un rización Utho:
(Authorization)

Yo autorizo *(I authorize)*

Nombre: (persona o clínica)	
Dirección: Código postal	
Teléfono:	
Fax:	

para usar y divulgar la información de salud protegida se describe a continuación a:
(to use and disclose the protected health information described below to)

Nombre: (persona o clínica)	
Dirección: Código postal	
Teléfono:	
Fax:	

2. Período de vigencia *(Effective Period)*

Esta autorización para la divulgación de la información abarca el período de cuidado de la salud a partir de:
(This authorization for release of information covers the period of healthcare from)

- _____ de _____
o
 todos los pasados, presentes y futuros periodos *(all past, present, and future periods)*

3. Alcance de la autorización *(Extent of authorization)*

Yo autorizo la entrega de mi registro completo de la salud (incluyendo los registros relacionados con la salud mental, la enfermedades transmisibles, el VIH o el SIDA y el tratamiento de abuso de alcohol o drogas).

(I authorize the release of my complete health record (including records relating to mental healthcare, communicable diseases, HIV or AIDS, and treatment of alcohol or drug abuse).)

Yo autorizo la entrega de mi registro de salud completo con la excepción de los siguientes datos:

(I authorize the release of my complete health record with the exception of the following information)

- Registros de salud mental *(Mental health records)*
- enfermedades transmisibles (incluido el VIH y el SIDA) *(Communicable diseases, including HIV and AIDS)*
- tratamientos de abuso de alcohol / drogas *(Alcohol/drug abuse treatments)*
- Otros (especificar): _____ *(Other, please specify)*

LAS CONDICIONES DE AUTORIZACIÓN *(Conditions of Authorization)*

1. Esta información médica puede ser utilizada por la persona que autorizo para recibir esta información para el tratamiento o consulta médica, pago de facturas o reclamaciones, u otro propuesto como puedo dirigir.
(This medical information may be used by the person I authorize to receive this information for medical treatment or consultation, billing or claims payment, or other purposed as I may direct.)
2. Esta autorización estará en vigor hasta _____ (fecha o evento), momento en el que expira esta autorización. *(This authorization shall be in force and effect until _____ date or event), at which time this authorization expires.)*
3. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad que ya ha actuado en consonancia con mi autorización o si se ha obtenido mi autorización como condición para obtener la cobertura del seguro y el asegurador tiene el derecho legal de impugnar una reclamación.
(I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time. I understand that a revocation is not effective to the extent that any person or entity has already acted in reliance on my authorization or if my authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage and the insurer has a legal right to contest a claim.)
4. Yo entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a que yo firme esta autorización. *(I understand that my treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits will not be conditioned on whether I sign this authorization.)*
5. Mahube-Otwa Family Health no me penalizará si no firmo esta autorización.
(Mahube-Otwa Family Health will not penalize me if I do not sign this authorization.)
6. Yo entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser revelada por el recipiente y ya no estar protegida por la ley federal o estatal. *(I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be disclosed by the recipient and may no longer be protected by federal or state law.)*
7. Se me ha ofrecido una copia firmada de este formulario de autorización.
(I have been offered a copy of this signed authorization form.)

Su salud es importante para nosotros. Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a su clínica de Family Health Clinic o al 877-275-6123.

Firma del paciente o representante personal
(Patient Signature or personal representative) **Fecha:** _____

Nombre impreso del representante del paciente o personal y su / su relación con el paciente
(Printed name of patient or personal representative and his/her relationship to patient) **Fecha:** _____

Staff Signature **Date:** _____

Patient Identity confirmed by (Picture I.D./Signature/SS#): _____