

Autorización para usar y divulgar Información Médica Protegida (PHI)

Nota para el cliente: Es posible que se aplique una tarifa a esta solicitud de registros.

Información del paciente				
Apellido	Nombre		Inicial	Fecha de nacimiento
Dirección	Apt./Unidad	Ciudad		Estado Código postal
Nº de SS	Dirección de correo electrónico			
Por favor, compruebe el teléfono principal	<input type="checkbox"/> teléfono residencial () ()	<input type="checkbox"/> teléfono celular () ()	<input type="checkbox"/> teléfono de trabajo () ()	
El firmante abajo autoriza la divulgación de la Información de salud protegida (PHI) de la persona mencionada anteriormente:				
<u>Divulgue PHI de:</u>		<u>Divulgue PHI a:</u>		
		Hurtt Family Health Clinic <input type="checkbox"/> Tustin –VOH 1 Hope Drive, Tustin, CA 92782 <input type="checkbox"/> Santa Ana 1100-B North Tustin Ave., STE A Santa Ana, CA 92705 Clinic: (714) 247-0300 Fax: (714) 259-1598 Medical.Records@hurttclinic.org		
		<input type="checkbox"/> Tustin–2 14642 Newport Ave. STE 200 Tustin, CA 92780 <input type="checkbox"/> Anaheim 947 S. Anaheim Blvd., STE 260 Anaheim, CA 92805		

La autorización para divulgar PHI es voluntaria. El tratamiento, el pago o la elegibilidad para los beneficios no se verán afectados si usted no firma esta autorización. La re-divulgación de la PHI de una persona está prohibida sin la autorización específica por escrito de esa persona o según lo permita la ley estatal o federal. La información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y ya no estar protegida por la ley federal o de California.

PHI que se divulgará (Consulte todas las categorías aplicables):		
<input type="checkbox"/> Copia completa de los registros médicos	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Registros de inmunización
<input type="checkbox"/> Informes/radiografía de rayos X	<input type="checkbox"/> Registros de alergias	<input type="checkbox"/> Exámenes físicos
<input type="checkbox"/> Registros dentales	<input type="checkbox"/> Registros de salud mental	<input type="checkbox"/> Discapacidades del Desarrollo
<input type="checkbox"/> Tratamiento/evaluación del alcohol	<input type="checkbox"/> Tratamiento/evaluación de drogas	<input type="checkbox"/> Estados de cuenta de facturación
<input type="checkbox"/> Resultado de la prueba del VIH	<input type="checkbox"/> SIDA/enfermedad relacionada con el SIDA	<input type="checkbox"/> Notas de alta de ER y notas de consulta (si está disponible)
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		
Propósito de divulgación de la PHI:		
(por ejemplo, la solicitud de la persona, continuidad de la atención, acceso de abogados, caso judicial, seguro, discapacidad, etc.)		
Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se procese la solicitud a menos que se especifique lo contrario a continuación. Esta solicitud puede ser revocada en cualquier momento mediante el envío de una solicitud por escrito al custodio de los registros.		
Se expira seis meses a partir de la fecha especificada: ____/____/_____ (La autorización incluye registros futuros generados hasta la fecha de expiración)		

Yo autorizo la divulgación de la PHI de la persona mencionada anteriormente de acuerdo con las especificaciones mencionadas anteriormente. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia del material divulgado. Una fotocopia/fax de este consentimiento será válida como original.

Firma:	Relación con el paciente:	Fecha:
--------	---------------------------	--------