

Autorización del Paciente para dar Información Protegida Médica

Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono _____ Apellido de Soltera _____

Yo autorizo dar información médica a (este documento debe tener direcciones completas):

Para:

- Centro Médico Myrtue, 1213 Garfield Ave, Harlan IA 51537
 Behavioral Health 1110 Morningview Dr, Harlan IA 51537
 Salud Comunitaria 2712 12th St. Harlan IA 51537

Otro: Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Zona Postal _____

Telefono/ Fax _____ / _____

De:

- Centro Médico Myrtue, 1213 Garfield Ave, Harlan IA 51537
 Behavioral Health 1110 Morningview Dr, Harlan IA 51537
 Salud Comunitaria 2712 12th St. Harlan IA 51537

Otro: Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Zona Postal _____

Telefono/ Fax _____ / _____

Información que sera dada. Fecha(s) de servicios de _____ (Fecha) hasta _____ (Fecha).

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abstracto (resumen de alta, historial y fisico, informes operativos, consultas, resultados de pruebas. | <input type="checkbox"/> Radiología | <input type="checkbox"/> Trastorno por consume de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Historial medico completo (no incluye record c abuso de sustancias) | <input type="checkbox"/> Reportes | <input type="checkbox"/> Todos los registros |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Imágenes (solo CD) | <input type="checkbox"/> Solo los siguientes registros _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/Pathology | <input type="checkbox"/> Registros de enfermedades transmitad Sexualmente incluido VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Registros de Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Registros de salud de empleo | <input type="checkbox"/> Fisioterapia/Terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> Registros de facturas |
| | <input type="checkbox"/> Registro de Vacunas | <input type="checkbox"/> Registros de Medicación |
| | <input type="checkbox"/> Registro de servicio de urgencias | <input type="checkbox"/> Otra (lista) |

El propósito de dar o obtener la información mencionada arriba:

- Continuación de cuidado medico Seguro Medico/Facturas Legal Personal Otra (lista)

Manera de entregar los Registros requeridos:

- Portal de MyChart **O** Encripto por Correo electrónico: _____
 Correo **O** Lo recogerè en el Centro Medico de Myrtue/ Salud Comunitaria

Al firmar este formulario de Autorización, Yo entiendo que:

- El requisito de copias de registros medico está sujeta a una tarifa de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales/estatales.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando el Centro Medico de Myrtue haya ya actuado con esta autorización. La revocación deberá hacerse por escrito al Departamento de Manejamiento de informacion de salud (información de contacto aparece en la página 2).
- A menos que se revoque lo contrario, esta autorización sigue siendo válida hasta su fecha o evento de vencimiento, pero no mayor de(1) año. Fecha de Vencimiento: _____
- El tratamiento, pago, inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados si firmo esta autorización.
- Cualquier información conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada es posible que esta información no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad.
- Esta Información divulgada puede contener información sobre alcohol/abuso de drogas, salud mental, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, o sobre si mismo.

Es prohibido de volver a divulgar los registros de consume de Sustancias: Los registros por uso de sustancias están protegidos por la ley Federal que prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros. Si solicito, tengo derecho a recibir una lista de los lugares que han recibido mi información sobre el consume de sustancia.

Autorización del Paciente para dar Información Protegida Médica

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Nombre del Paciente

Fecha

Relación con el Paciente (si es aplicable)

Porfavor de esperar un minimo de 72 horas o tres dias de trabajo para procesar despues de recibir la solicitud por escrito.

Se contactará a los solicitantes para obtener información adicional si los formularios están incompletos.

Porfavor de enviar este formulario completo a:

Manejamiento de Informacion de la Salud

1213 Garfield Avenue

Harlan, Iowa 51537

Telefono: 712-755-4368 / Fax: 712-755-2640

medicalrecords@myrtuemedical.org

Horas de Oficina: Lunes – Viernes 8am - 4:30pm

Lugar del Centro Medico de Myrtue donde puede recojer Documentos

Myrtue Medical Center

1213 Garfield Avenue

Harlan, IA 51537

Community Health Department

2712 12th Street

Harlan, IA 51537

*Las comunicaciones enviadas por correo electrónico a través de Internet no son seguras. Existe la posibilidad que la información que incluya en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que está dirigida.

Myrtue Medical Center Staff Use Only

Date Received _____ Location _____ MRN _____

Page Count _____ FIN# _____ Released By _____

Released Date _____ Verified By Driver's License ID Band Other _____