

Autorización Para la Entrega y Obtención de Información Médica

Información Del Paciente

Nombre (Primer, Inicial, Apellido): _____ Nombres Previo(s): _____

Fecha de nacimiento: _____ Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Yo autorizo a Northern Nevada HOPES a: Intercambiar Revelar Obtener

Nombre de Agencia o Individuo: _____ Relación: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Numero De Fax: _____

Propósito de Entrega

Tratamiento/Cuidado continuo Transfero de cuidado (Cambio de Proveedor) Personal Propósitos Legales
 Determinación de discapacidad Seguro Medic Otro: _____

Información que será Relevada

Liberada por: Todo Escrito Verbal

Todos Documentos Previos Fechas de Documentos: _____ Día de información necesitada: _____

Notas Medicas/Procedimientos Historia & Físico Notas de Hospital Resumen de descarga de hospital

Reportes Laboratorios/Patología Imágenes de Radiología Reportes Operativos

Estudios Cardiovasculares (ECHO, EKG) Todos los documentos

Otros: _____

Cuido Preventivo: Registro de vacunas Colonoscopia/Examen de excremento Imágenes de Cenos

Reportes de Papanicolaou Psiquiatría* Dependencia química* Salud de Comportamiento(Especifique)*

**La ley Estatal y Federal protege la siguiente información. Si esta información aplica a usted, por favor indique si usted quisiera que esta información sea realizada/obtenida. (Incluya días donde apropiado):*

Registros de Alcohol, drogas, Abuso de sustancia Si No Fechas: _____ Resultados y exámenes de VIH Si No Fechas: _____

Registros de Salud Mental Si No Fechas: _____ Registros de psicoterapia Si No Fechas: _____

- Esta autorización es válida por tres años después del día firmado al menos que sea indicado otra fecha específica aquí: _____
- Yo puedo terminar esta autorización en escrito al firmar cualquier tiempo al firmar abajo. Una terminación no hará cambios a las revelaciones que se hicieron previamente a la terminación. Terminación escrita se tiene que entregar al departamento de Registros Médicos con cual quiere preguntas a la autorización.
- Yo entiendo que firmar esta autorización es voluntaria. Yo puedo rechazar firmar esta autorización. Yo no necesito de firmar esta autorización en orden para suponer tratamiento.
- Información relevada o usada conforme a esta autorización puede que será sujeto a re-revelación por el receptor y puede que no sea protegida por la ley federal.
- Una fotocopia de esta autorización será tratada en la misma manera como la original.
- Mi firma indica que he leído y entiendo esta forma, y yo autorizo que se revele la información como describe arriba.

Paciente (18 o mayor) Padre del Menor Guardián Legal Menor de Título X

*Si el paciente 17 años de edad o menor, los padres del paciente o guardián legal deben de firmar y poner fecha en la forma, al menos que el paciente es parte del Título X.

*Si es paciente de salud comportamental de 16 años o de 17 años, los padres/guardián legal y el paciente tienen que firmar y poner fecha en la forma.

Nombre Del Paciente

Padre/Guardian Legal Firma

Firma para Autorizar Terminación: _____

Firma del Paciente

Relación al Paciente

Fecha: _____

Fecha: _____