



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____
Domicilio _____
Ciudad, estado, Código postal _____
Número de Seguro Social _____ Teléfono _____

PERMISO DE DIVULGACIÓN

Fecha de la solicitud _____ Fecha en que se necesita la información _____

EL PACIENTA ABAJO FIRMANTE AUTORIZA A LOS EMPLEADOS DE

Nombre del centro _____

Domicilio _____

Ciudad, estado, Código postal _____

Teléfono _____ Fax _____

PARA DIVULGAR MI INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA IDENTIFICADA A CONTINUACIÓN A LOS EMPLEADOS DE THRIVE ALABAMA.

112 S. Pine Street | Suite 202
Florence, AL 35630
256-764-0492 | 256-764-1670Fax

PROPÓSITO DE ESTA SOLICITUD

- Transferencia de cuidados Personal – No transferencia de cuidados Relacionado con el trabajo Cobertura del Seguro
 Otro _____

TIPO DE REGISTROS SOLITADOS (MARQUE UNO)

- Información específica (seleccione una o más opciones, según corresponda)
- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Consulta | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes de rayos X | <input type="checkbox"/> Resumen del alta |
| <input type="checkbox"/> Notas del consultorio | <input type="checkbox"/> Pruebas relacionadas con el VIH | <input type="checkbox"/> Historial y parte física | <input type="checkbox"/> Informe operativo |
| <input type="checkbox"/> Salud mental | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

Todos los registros médicos relacionados con una enfermedad o lesión específica
Enfermedad específica o lesión _____ Fecha(s) del tratamiento _____

Todos los registros médicos
Descripción específica de los registros _____

- Entiendo que puedo cambiar de opinión y revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que la parte que divulga la información ya cuente con esta autorización
- Entiendo que la información médica protegida que se divulga con base en esta autorización puede ser divulgada nuevamente por la persona o entidad receptora y es posible que las leyes federales o estatales ya no la protejan contra la divulgación a terceros.
- Entiendo que la información de salud protegida que se divulga con base en esta autorización puede incluir tratamiento de salud mental, tratamiento de abuso de alcohol o drogas y/o tratamiento de salud sexual, incluida la información relacionada con el VIH y el SIDA. Autorizo la divulgación de toda la información médica relacionada con estos diagnósticos y/o el tratamiento de estas afecciones, en la medida en que se incluya en los registros identificados anteriormente.
- Entiendo que ni Thrive Alabama ni la parte que realiza la divulgación pueden condicionar mi tratamiento con la firma de esta autorización para obtener información de salud protegida.
- Entiendo que esta autorización vence un año después de la fecha de la firma o la siguiente fecha más próxima _____
- Reconozco que la parte que divulga mis registros no recibirá pago u otra remuneración de un tercero a cambio de usar o divulgar mi información médica protegida.

NOTA A LA ENTIDAD QUE HACE LA DIVULGACIÓN: Thrive Alabama y sus empleados, accionistas, funcionarios y directores individuales no emiten ninguna declaración ni garantía con respecto al cumplimiento de este permiso de divulgación, el uso que usted le dé, la idoneidad de dicho permiso de divulgación bajo cualquier ley aplicable o la suficiencia del mismo para proteger sus intereses. La entidad que hace la divulgación asume todos los riesgos derivados del uso de este permiso de divulgación.

Firma _____ Fecha _____