

**Autorización para el uso de información de salud protegida
El uso y/o divulgación de la historia médica**

1. PACIENTE DETERMINADO O REPRESENTANTE PERSONAL CONFIRMANDO LA AUTORIZACIÓN

Nombre del paciente: _____ Número de cuenta del paciente: _____

Número del seguro social: _____ Fecha de cumpleaños: _____

2. EL USO Y/O DIVULGACIÓN AUTORIZADA

Doy mi autorización para que se utilice y/o revele mi información de salud protegida como se describe abajo:

Para: De:

Para: De:

Olde Towne Medical and Dental Center
5249 Olde Towne Road, Suite D
Williamsburg, Virginia 23188
P: (757) 259-3258
F: (757) 220-1953

Nombre: _____
Ubicación: _____
Teléfono/Fax: _____

Propósito para el cual se hacen las divulgaciones:

- Permiso para discutir con el individuo la información de salud protegida especificada arriba
 Cuidado continuo Cuidado de traslado Otros: _____

Información:

- Todo la historia médica Historia médica y examen físico Resultados de laboratorio _____
 Registros dentales Registros de inmunización Estado de cuentas _____

Las siguientes cosas deben ser revisadas para ser incluidas en el uso y/o divulgación de otra información de salud:

- Información y/o documentos relacionados con el SIDA Información y/o documentos de la salud mental
 Información y/o documentos de exámenes genéticos Diagnóstico de drogas/alcohol, información de tratamientos o referencias

3. TERMINACIÓN DE ESTA AUTORIZACIÓN Y/O CAMBIANDO SU IDEA SOBRE ESTA INFORMACIÓN

Entiendo que puedo revisar o pedir copias de cualquier información revelada por medio de esta autorización. Tengo entendido que esta autorización caducará a los 60 días desde la fecha que se firmó abajo a no ser que se ha revocado antes. Entiendo que puedo revocar esta autorización notificando por escrito al Departamento de Registros Médicos, sabiendo que la información divulgada anteriormente no será sujeto a mi solicitud revocada. Además entiendo que si me dan esta autorización como condición para obtener cobertura y revoco aquella autorización, la compañía de seguros tiene el derecho de disputar mis reclamaciones bajo la póliza de seguros.

4. FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN NO ES UNA GARANTÍA DE TRATAMIENTO

Entiendo que bajo la mayoría de las circunstancias un proveedor de servicios médicos no puede garantizar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios al yo firmar esta autorización. También entiendo que si una persona/personas o una entidad/entidades no son proveedores de servicios médicos o plan de salud cubierto por regulaciones de privacidad federal y reciben esta información, aquella información descrita arriba puede ser divulgada y ya no será protegida por medio de aquellas regulaciones. Por eso libero a Olde Towne Medical and Dental Center, sus empleados y mis doctores de todas las responsabilidades derivadas de esta revelación de mi información de salud.

5. FIRMA DEL PACIENTE DETERMINADO

Tuve la oportunidad de leer y pensar sobre el contenido de este documento de autorización y estoy de acuerdo con todas las declaraciones hechas en esta autorización. Entiendo que al firmar este documento estoy confirmando mi autorización para el uso y/o la divulgación de la información de salud protegida descrita en esta documento con las personas y/u organizaciones nombradas en este documento.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si esta autorización es firmada por un representante personal para el paciente determinado.

Parentesco con el paciente determinado: _____

Nombre del representante personal: _____

El nombre completo con letra de imprenta

Firma del representante personal

TIENE EL DERECHO DE OBTENER UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO FIRMADO.
Coloque la autorización en el expediente médico del paciente determinado.