



AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (incluida información impresa, oral o electrónica)

Yo, (nombre completo del paciente) _____ Fecha de nacimiento: _____

No. de teléfono _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

autorizo a Eagle View Community Health System a

- Liberar información a: O
- Obtener información de:

(Nombre de la persona o agencia que libera u obtiene información)

(Calle/Apartado Postal) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

(Teléfono) (Fax) (Correo electrónico)

El propósito de esta liberación es:

<input type="checkbox"/> Continuación de la atención médica	<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Investigación o acción legal
<input type="checkbox"/> Cambio de médicos	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Para permitir el acceso a personas designadas		

Las fechas de atención al paciente cubiertas por esta autorización son: _____ a _____

Doy mi permiso para liberar la siguiente información:

<input type="checkbox"/> Notas de evolución médica	<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento dental
<input type="checkbox"/> Resultados/diagnóstico de laboratorio	<input type="checkbox"/> Radiografías dentales
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos/recetas	<input type="checkbox"/> Información de la cita (fechas, horarios, etc.)
<input type="checkbox"/> Historial y Examen Físico	<input type="checkbox"/> Vacunas
<input type="checkbox"/> Notas de progreso dental	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Entiendo que esto puede incluir información relacionada con (marque y ponga sus iniciales en todo lo que usted da permiso para compartir):	
Iniciales _____	<input type="checkbox"/> Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)



<input type="checkbox"/>	Servicios de salud conductual/atención psiquiátrica
<input type="checkbox"/>	Tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas.

Esta autorización permanecerá vigente:

- Desde la fecha de esta autorización hasta: _____ (No más de un año)
- Hasta que la Entidad Liberadora cumpla con la solicitud o 120 días a partir de la fecha en que se firme de esta autorización, lo que ocurra primero.

Afirmación de liberación:

Doy permiso a la agencia nombrada para liberar solo la información que he seleccionado en este formulario a las personas o agencias que he nombrado y solo para los propósitos que he indicado. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. Cualquier revocación o negativa a firmar esta autorización no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago ni mi elegibilidad para recibir beneficios. La revocación surtirá efectos el día en que se reciba por escrito. Tengo derecho a inspeccionar y copiar la información que se liberará. Se pueden obtener copias de los registros con un aviso razonable y el pago del costo de la copia. Además, entiendo que, si la persona o entidad que recibe la información especificada anteriormente no es un proveedor de atención médica, un plan de salud o un centro de información médica cubierto por las regulaciones federales de privacidad o un socio comercial de estas entidades, la información descrita anteriormente puede volver a liberarse y ya no está protegida por las regulaciones. Se le proporcionará al paciente una copia de este formulario firmado si lo solicita.

Firma de Persona Física o Representante Personal Autorizado por la Ley:

_____ Fecha: _____ Relación: _____

Firma del testigo* (Debe ser mayor de 18 años): _____ Fecha: _____

*Se requiere la firma del testigo para el tratamiento de salud mental o discapacidad del desarrollo.

Sólo para uso de oficina: Iniciales: _____ Fecha: _____
--