



Información de salud protegida
autorización para divulgar

Paciente Información	Nombre del paciente		También conocido como / Apellido de soltera / Otros	
	Dirección		Ciudad (*): Estado (*): Código postal	
	Fecha de nacimiento	Teléfono	Dirección de correo electrónico	
	/ /			
	Información ser Liberado Desde:	Nombre de la instalación	Dirección	teléfono #
	Plaza Hospital Costa	13100 Studebaker carretera Norwalk, CA 90650	562-868-3751	562-929-3582
Información ser Lanzado a:	Nombre del Hospital / Clínica / Médico / persona			
	Dirección		Ciudad: Estado: Código postal	
	Teléfono		fax (atención al paciente urgente)	
Para qué Propósito:	<input type="checkbox"/> Continuación de Cuidado Personal Use <input type="checkbox"/> Seguros Legal <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____			
Información ser Liberado:	Fechas de Servicio: From _____ To _____ <input type="checkbox"/> History y Física <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Informe Consultation <input type="checkbox"/> Informe Operative <input type="checkbox"/> Informe Pathology <input type="checkbox"/> Informe Radiology <input type="checkbox"/> Departamento de Emergencia <input type="checkbox"/> Laboratory Informe/Resultado <input type="checkbox"/> Informe EKG <input type="checkbox"/> Physician Nota Progreso <input type="checkbox"/> Solicitar Physician <input type="checkbox"/> Nota Nurses <input type="checkbox"/> Informe Medication <input type="checkbox"/> Mental de Evaluación de Salud <input type="checkbox"/> Records para Continuidad de la atención <input type="checkbox"/> Records para Uso Personal <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Otro _____			

Estado / leyes federales requieren una autorización específica para la liberación los siguientes tipos de información médica protegida:

Salud Mental / tratamiento psiquiátrico

Prueba genética

Alcohol / Abuso de Drogas de Tratamiento VIH/SIDA Resultados de la prueba

Por favor iniciales en la línea junto a la información que autoriza para la liberación

Autorización	<ul style="list-style-type: none"> • Yo entiendo que la realización y firma de esta autorización es voluntaria. • Entiendo que una fotocopia de esta autorización será considerada tan válida como el original. • Yo entiendo que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad no serán condicionados a mi firma de esta autorización. • Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se han tomado medidas en base a esta autorización. • Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción había sido tomada en virtud de esta autorización. • Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y debe ser enviada a la instalación He autorizado a mi información para ser liberado de. • A menos que sea revocada, esta autorización expirará 180 días después de la fecha de la firma de este formulario. • Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización. • Entiendo que se requiere una autorización específica por separado para autorizar la divulgación o el uso de notas de psicoterapia, como se define en las regulaciones federales de aplicación de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud.
---------------------	---

Entiendo que puede haber una tarifa asociada a esta solicitud.

	<input type="checkbox"/> Paper Records entregado por correo <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Pickup en la Fecha de Instalación: _____ <input type="checkbox"/> Records en CD formato electrónico <input type="checkbox"/> I Qué quieren mis discos encriptados <input type="checkbox"/> I no quiero que mis registros encriptados
--	--

Firma del paciente o representante autorizado Nombre Impreso Fecha Hora _____ Am o PM

Relación (si es firmado por no es el paciente) Nombre impreso Fecha Hora _____ Am o PM