

HOSPITAL DE AVERA ST. ANTHONY - O' NEILL, NEBRASKA
 LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

El nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Autorizo a la siguiente organización información como se indica a continuación desde el registro de información de salud paciente:

Información para ser lanzado desde:	Información para ser lanzado a:
<input type="checkbox"/> Hospital de Avera St. Anthony <input type="checkbox"/> Avera Medical Group – O'Neill <input type="checkbox"/> _____ Organización	<input type="checkbox"/> Hospital de Avera St. Anthony <input type="checkbox"/> Avera Medical Group - O'Neill <input type="checkbox"/> _____ Persona u organización
Dirección _____ Ciudad, Estado, código postal _____	Dirección _____ Ciudad, Estado, código postal _____
Teléfono _____ Fax _____	Teléfono _____ Fax _____

INFORMACIÓN PARA SER LANZADO:	RAZÓN DE DIVULGACIÓN:
<input type="checkbox"/> Historia y física <input type="checkbox"/> Resumen de descarga <input type="checkbox"/> Diagnóstico y resultados de pruebas de detección (laboratorio, rayos x, RT) <input type="checkbox"/> Informe de la parte dispositiva <input type="checkbox"/> Informe de patología <input type="checkbox"/> Informe del departamento de emergencia <input type="checkbox"/> Informe de la consulta <input type="checkbox"/> Parte dispositiva fotografías de informe <input type="checkbox"/> Nota de la clínica AMGO <input type="checkbox"/> Registro de inmunización <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Todos los registros	<input type="checkbox"/> Continuación de la atención/consulta/seguimiento después de visitar ER <input type="checkbox"/> Certificación de la seguridad social/discapacidad <input type="checkbox"/> Aplicación de reclamación de seguro <input type="checkbox"/> Abogado consulta legales y asunto <input type="checkbox"/> Compensación del trabajador <input type="checkbox"/> Información personal <input type="checkbox"/> Otros: (especificar) _____

Las fechas de servicio para los registros solicitados: Inicio _____ A través de _____
 Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relativa a las enfermedades de transmisión sexual, adquirida Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre el comportamiento o los servicios de salud mental y tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

CLÁUSULA DE REVOCACIÓN:
 Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revocar esta autorización debo hacerlo en escribir y presentar mi revocación escrita al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a información que ya ha sido lanzada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley proporciona mi asegurador con derecho a impugnar una reclamación en virtud de mi política. A menos que lo contrario revocó esta voluntad de autorización caduca en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no especifica una fecha de caducidad, evento o condición, esta autorización caducará en uno ciento ochenta días (180) días.

FIRMA:
 Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Yo puedo negarse a firmar esta autorización. No me hace falta firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que yo puedo inspeccionar o copiar la información que se utiliza o divulga, tal como se prevé en el CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de la información lleva consigo la posibilidad de que un redisclosure no autorizado y la información no puede estar protegida por normas de confidencialidad federal. Si tengo preguntas sobre divulgación de información de mi salud, puedo contactar el médico registros departamento de Avera St. Anthony de Hospital, 300 Norte Calle, o' Neill, Nebraska, 68763 (Tel: 402-336-2611 402-336-2611).

Paciente, padre o tutor _____ Fecha: _____
 Relación con el paciente: _____

*** PARA USO EXCLUSIVO EN HOSPITAL***
 Lanzada la información de fecha: _____
 Procesan por: _____
 Firma de información sobre la liberación Individual

