



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

(Authorization for Release of Health Information)

Información del Paciente

Primer Nombre (First Name)

Apellido (Last Name)

Fecha de Nacimiento (DOB)

Dirección Postal (Street Address)

Ciudad/Estado (City/State)

Código Postal (Zip)

Número de Telefono (Phone Number)

INFORMACIÓN SOLICITADA (INFORMATION REQUESTED)

Yo solicito la siguiente información que sea liberada, que puede incluir: tratamiento de alcohol/droga, VIH, SIDA, o Complejos Relacionados al SIDA; enfermedades o infecciones transmisibles, incluyendo enfermedades transmitidas sexualmente, enfermedades venéreas, tuberculosis y hepatitis, información genética, información demográfica; registros de salud reproductiva de menores de edad (forma del menor de edad requerida).

Favor de especificar el tipo de información que pueda ser divulgada. ("Registros completos" o fechas incompletas no son consideradas específicas.) *Se pueden aplicar cobros. Favor de contactarnos para los detalles. Pagos en efectivo no serán aceptados.*

Ubicación de la Clínica, Departamento, o el Médico:

Registros Medicos Completos (Complete Medical Records)

Notas de los Médicos/Notas de Progreso (Progress/Physicians Notes)

Informes de Radiología (Radiology Reports)

Imágenes de Radiología (CD) (Radiology Images (CD))

Informes de Laboratorio/Patología (Lab/Path Reports)

Informes del Procedimiento/Operativo (Operative/Procedure Reports)

Informes de Cardiología/Electrocardiograma (Cardiology/EKG Reports)

Inmunizaciones (Immunizations)

Resumen de Cuenta (Billing Statement)

Otro: (Other:)

Rango de Fechas del Tratamiento: (Date range of Treatment:)

RECEPTOR (RECIPIENT)

Yo quiero registros enviados A Arcare

Yo autorizo a _____ que divulguen los registros del paciente que ya se indicó a Arcare. (I authorize _____ to release the above patient records to Arcare.)

Dirección Postal de Arcare: _____

(Arcare Address)

Número de Fax: _____

(Fax Number)

Yo quiero registros enviados DE Arcare

Yo autorizo a Arcare o "haciendo negocios como" (DBAs) que divulguen los registros del paciente que ya se indicó a:

I authorize Arcare or DBAs to release the above patient records to:

Nombre/Organización: _____

(Name/Organization)

Dirección Postal: _____

(Address)

Número de Telefono/Fax: _____

(Phone/Fax)

METODO DE ENVIO (METHOD OF DELIVERY)

Fax Correo de Estados Unidos (U.S. Mail) Entrega segura electrónica (Secure e-Delivery)

Correo electrónico: (Email Address) _____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN (PURPOSE OF DISCLOSURE)

Continuación de Atención (Continuation of Care) Razones Personales (Personal Reasons)

Aseguranza (Insurance) Legal

Transferencia de Atención (Salida Permanente) (Transfer of Care (Permanently Leaving))

Otro: (Other) _____

Entiendo que tengo el derecho de anular esta autorización por escrito en cualquier momento, enviando una anulación al Departamento de Cumplimiento en 200 W. Race Ave, Searcy, AR 72143 o por correo electrónico al complianceandquality@arcare.net. La anulación no se aplicará si Arcare ya ha actuado en confianza sobre la autorización.

Entiendo que estoy autorizando a Arcare que divulgan la información de salud del paciente en acuerdo con y de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA).

Entiendo que esta autorización se vencerá en 90 días o en el evento o la fecha especificada siguiente:

(I understand this authorization will expire in 90 days or upon the following specified date or event)

Entiendo que información divulgada puede estar sujeta a divulgación de nuevo por parte del receptor y ya no estará protegida bajo la ley.

Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar y recibir una copia de la información usada o divulgada y recibir una copia de este formulario.

Entiendo que divulgar puede incluir información sobre Salud Mental, VIH/SIDA/ETS, Pruebas Genéticas, y Abuso de Alcohol/Drogas. (refiere a Sección 2).

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización y Arcare no determinará el tratamiento basado en esta autorización, con excepción a divulgar lo necesario para el pago de los reclamos (excluyendo notas de psicoterapia) o la disposición de atención médica únicamente por el propósito de crear PHI para divulgar a un tercero (por ejemplo, exámenes físicos pre empleo o para el seguro de vida).

Reconozco por este medio que he leído y entiendo completamente las declaraciones y doy consentimiento para la divulgación de los registros.

Firma del paciente o el adulto que consiente para el paciente
Signature of patient or adult consenting for a patient

Relación al Paciente
Relationship to patient

Fecha
Date

Notice to receiving agency or individual: This information is to be treated in accordance with HIPAA privacy regulations.