

SOLICITUD PARA ACCEDER A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Departamento de Información Médica (Health Information Department)
1600 1st Street East Independence, IA 50644
(319) 332-0999 Ext 1051 Horario de atención lun. - vier. 7:00 a. m. a 4:00 p. m.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:	Nombre _____
	Fecha de nacimiento _____ Seguro Social _____ Teléfono: _____
PROVEEDOR: (Quién revela la información)	Dirección _____
	Nombre _____
SOLICITANTE: (A dónde quiere que se envíe la información)	Dirección _____
	Nombre _____

OBJETIVO DE LA REVELACIÓN: (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLICAN)

Atención continua Legal Seguro Uso personal Otro: _____

INFORMACIÓN SOLICITADA	Para fechas de servicio: _____
	<input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Expediente del Departamento de Emergencias <input type="checkbox"/> Datos del laboratorio <input type="checkbox"/> Reportes de fisioterapia <input type="checkbox"/> Todo el expediente
FORMATO:	<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Copia impresa

AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA PARA REVELAR INFORMACIÓN CON PROTECCIÓN ESPECIAL DE LA LEY ESTATAL O FEDERAL

Escriba sus iniciales en cualquier categoría PARA que se revele:

- _____ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
_____ Tratamiento por abuso de alcohol y drogas
_____ Servicios de salud conductual o mental

Entiendo que puedo cancelar (rechazar) esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito al Departamento de Información Médica de los Centros Médicos del condado de Buchanan (Health Center's Health Information (medical records [registros médicos]) department), que mi cancelación entrará en vigor cuando se reciba el aviso por escrito y no se aplicará a la información que ya se haya revelado en respuesta a esta autorización. Esta autorización vencerá automáticamente 365 días después de que se firme, excepto lo especificado. (Especifique fecha de vencimiento, evento o condición: _____)

Entiendo que autorizar la revelación de esta información médica es voluntario. No tengo que firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que puedo revisar o copiar la información a usarse o revelarse. Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan médico cubierto por las reglamentaciones federales de privacidad, puede volverse a revelar la información y ya no estará protegida por las reglamentaciones federales de privacidad a menos que otras leyes o reglamentaciones federales o estatales prohíban que se vuelva a revelar.

FIRMA DEL PACIENTE O
REPRESENTANTE LEGAL _____ FECHA _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE, SI NO FIRMA EL PACIENTE _____

FECHA EN QUE SE ENVÍÓ LA INFORMACIÓN _____

Revisado el 11/09/22

476b_ROI SPANISH

