

Nombre del paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Por la presente autorizo a las siguientes clinicas que devulgen mi información de salud como se indica a continuación:
Liberar información DE:

-
- Centro Medico Myrtue, 1213 Garfield Ave, Harlan, IA 51537
-
-
- Clinica de Salud Mental, 1303 Garfield Ave, Harlan, IA 51537
-
- Salud de la Comunidad, 2712 12
- th
- St, Harlan, IA 51537
-
-
- Otro (nombre de la clinica y dirección)
-
- _____
-
- _____
-
- _____

Liberar información A:

-
- Myrtue Medical Center, 1213 Garfield Ave, Harlan, IA 51537
-
-
- Clinica de Salud Mental, 1303 Garfield Ave, Harlan, IA 51537
-
- Salud de la Comunidad, 2712 12
- th
- St, Harlan, IA 51537
-
-
- Otro (nombre de la clinica y dirección)
-
- _____
-
- _____

Propósito de liberación:

-
- Tratamiento /Cuidado continuo
-
- Personal
-
- Legal
-
- uso de aseguranza
-
- Discapacidad
-
-
- Compensación al trabajador
-
- Cambio de medico
-
- Otro:

Información para liberar:

- Fecha(s) de Servicios (sea especifico): _____
-
- todos los records (puede haber tarifa)
-
-
- Historia y Fisica
-
- Reportes de Emergencia
-
- Reportes de laboratorio
-
- Reportes de Radiologia
-
-
- Resumen de alta
-
- Citas
-
- informes operativos
-
- Reportes de Patogia
-
-
- Ordenes/Notas de progreso
-
- EKG
-
- Futuros reportes de laboratorios
-
- Otro:

Doy autorización que la siguiente informacion o datos se a revelada: (Marque todo lo que aplique, firma y fecha)

-
- HIV (incluye información de SIDA)
-
- Salud Mental
-
- Abuso de Substancia (incluye abuso de alcohol/droga)

Firma: _____ Fecha: _____

Esta autorización es valida hasta _____ o por 180 dias desde el día que fue firmado, elque sea más largo. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas confiando en ello, dando una notificación escrita or verbal al departamento de registros Médico del Centro Medico Myrtue en la dirección indicada anteriormente. El Centro Medico Myrtue no da condicion al tratamiento o pago basado en la firma de esta autorización para divulgación. Esta información le ha sido revelada de registros protegidos por reglas federales de confidencialidad (42 CFR Part 2). Las normas Federales le prohíben hacer más divulgaciones de esta información a quien pertenece o según lo permitido por 42 CFR Part 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es para este propósito. Las reglas Federales restringan cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

Firma: _____ **Telefono #** _____ **Fecha:** _____

(Paciente o Representante autorizado del paciente)

Relación al Paciente: _____ Me gustaria una copia de esta autorización.