MYRTUE Medical Center

Health Information Management
1213 Garfield Avenue
Harlan, Iowa 51537
Phone: 712-340-1312 / Fax: 712-755-2640
medicalrecords@myrtuemedical.org

HIPAA Privacy Form

Autorizaciòn del Paciente para dar Informaciòn Protegida Mèdica

Nombre del Paciente_____Fecha de nacimiento_____

Direcciòn_____Ciudad_____Estado_____ Zona Postal_____

Telèfono_____Apellido de Soltera_____

Yo autorizo dar informaciòn mèdica a (este documento debe tener direcciones completas):

Para:

- ☐ Centro Mèdico Myrtue, 1213 Garfield Ave, Harlan IA 51537
- ☐ Centro Mental Health, 1220 Chatburn Ave, Harlan IA 51537
- ☐ Salud Comunitaria 2712 12th St. Harlan IA 51537

Otro: Nombre_____

Direcciòn_____

Ciudad/Estado/Zona Postal_____

Telefono/ Fax_____/_____

De:

- ☐ Centro Mèdico Myrtue, 1213 Garfield Ave, Harlan IA 51537
- ☐ Centro Mental Health, 1220 Chatburn Ave, Harlan IA 51537
- ☐ Salud Comunitaria 2712 12th St. Harlan IA 51537

Otro: Nombre_____

Direcciòn_____

Ciudad/Estado/Zona Postal _____

Telefono/ Fax _____/_____

Informaciòn que sera dada. Fecha(s) de servicios de_____(Fecha)hasta _____ (Fecha).

- ☐ Expediente médico completo (no incluye registros relacionados con trastornos por consumo de sustancias)
- ☐ Registros de Salud Mental
- ☐ Radiologia
  - ☐ Reportes
  - ☐ Imágenes (solo CD)
- ☐ Informes de laboratorio/Pathology
- ☐ Trastorno por consumo de sustancias
  - ☐ Todos los registros
  - ☐ Solo los siguientes registros_____
- ☐ Otra (lista)

El propòsito de dar o obtener la informaciòn mencionada arriba:

☐ Continuacion de cuidado medico ☐ Personal ☐ Legal Seguro Medico/Facturas ☐ Otra (lista)

☐ Para el trastorno por consumo de sustancias: Los procesos civiles, penales, administrativos y legislativos contra el paciente requieren una orden judicial, una citación o un mandato legal similar, a menos que el paciente o su representante autorizado firmen este formulario.

Manera de entregar los Registros requeridos:

☐ Portal de MyChart ☐ Encripto por Correo electrònico:_____

☐ Correo ☐ Lo recogerè en el Centro Medico de Myrtue/ Salud Comunitaria

Al firmar este formulario de Autorizaciòn, Yo entiendo que:

- El requesito de copias de registros medico está sujeta a una tarifa de reproducciòn de acuerdo con las regulaciones federales/estatales.
- Tengo el derecho de revocar esta autorizaciòn en cualquier momento, excepto cuando el Centro Medico de Myrtue haya ya actuado con esta autorizaciòn. La revocaciòn deberá hacerse por escrito al Departamento de Manejamiento de informacion de salud (informaciòn de contacto aparece en la página 2).
- A menos que se revoque lo contrario, esta autorizaciòn sigue siendo válida hasta su fecha o evento de vencimiento, pero no mayor de(1) año. Fecha de Vencimiento:_____
- El tratamiento, pago, inscripciòn o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados si firmo esta autorizaciòn.
- Cualquier informaciòn conlleva el potencial de una nueva divulgaciòn no autorizada es possible que esta informaciòn no estè protegida por las reglas federales de confidencialidad.
- Esta Informaciòn divulgada puede contener informaciòn sobre trastorno por consumo de sustancias, salud mental, enfermedades de transmisiòn sexual, SIDA, VIH, o sobre si mismo.

Es prohibido de volver a divulger los registros de consume de Sustancias: Los registros por uso de sustancias están protegidos por la ley Federal que prohibe la divulgaciòn no autorizada de estos registros. Si solicito, tengo derecho a recibir una lista de los lugares que han recibido mi informaciòn sobre el consume de sustancia.

_____ _____

Firma del Representante Autorizado Nombre

_____ _____

Fecha Relaciòn con el Paciente (si es aplicable)

Staff Use Only: Date Received _____ MRN _____ Released By _____ Released Date _____ Verified: Driver's License ☐ ID Band ☐ Other_____

Permanent Part of the Medical Record; Rev. 06/25, 02/26, 05/26, 10/26