



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

HIPAA Privacy Form

## Autorización del Paciente para dar Información Protegida Médica

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Apellido de Soltera \_\_\_\_\_

**Yo autorizo dar información médica a (este documento debe tener direcciones completas):**

**Para:**

- Centro Médico Myrtue, 1213 Garfield Ave, Harlan IA 51537
- Centro Mental Health, 1220 Chatburn Ave, Harlan IA 51537
- Salud Comunitaria 2712 12<sup>th</sup> St. Harlan IA 51537

Otro: Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Zona Postal \_\_\_\_\_  
 # Telefono/ Fax \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**De:**

- Centro Médico Myrtue, 1213 Garfield Ave, Harlan IA 51537
- Centro Mental Health, 1220 Chatburn Ave, Harlan IA 51537
- Salud Comunitaria 2712 12<sup>th</sup> St. Harlan IA 51537

Otro: Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Zona Postal \_\_\_\_\_  
 # Telefono/ Fax \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Información que sera dada. Fecha(s) de servicios de \_\_\_\_\_ (Fecha) hasta \_\_\_\_\_ (Fecha).**

- Abstracto (resumen de alta, historial y físico, informes operativos, consultas, resultados de pruebas.
- Radiología
- Trastorno por consume de sustancias
- Registros de Salud Mental
- Reportes
- Todos los registros
- Imágenes (solo CD)
- Solo los siguientes registros \_\_\_\_\_
- Informes de laboratorio/Pathology
- Otra (lista)

**El propósito de dar o obtener la información mencionada arriba:**

- Continuación de cuidado medico
- Personal
- Legal
- Seguro Medico/Facturas
- Otra (lista)

**Manera de entregar los Registros requeridos:**

- Portal de MyChart
- Encripto por Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Correo
- Lo recogerè en el Centro Medico de Myrtue/ Salud Comunitaria

**Al firmar este formulario de Autorización, Yo entiendo que:**

- El requisito de copias de registros medico está sujeta a una tarifa de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales/estatales.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando el Centro Medico de Myrtue haya ya actuado con esta autorización. La revocación deberá hacerse por escrito al Departamento de Manejamiento de información de salud (información de contacto aparece en la página 2).
- A menos que se revoque lo contrario, esta autorización sigue siendo válida hasta su fecha o evento de vencimiento, pero no mayor de(1) año. Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_
- El tratamiento, pago, inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados si firmo esta autorización.
- Cualquier información conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada es posible que esta información no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad.
- Esta Información divulgada puede contener información sobre alcohol/abuso de drogas, salud mental, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, o sobre si mismo.

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

\_\_\_\_\_  
 Firma del Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
 Nombre

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Relación con el Paciente (si es aplicable)

**Staff Use Only:** Date Received \_\_\_\_\_ MRN \_\_\_\_\_ Released By \_\_\_\_\_ Released Date \_\_\_\_\_ Verified: Driver's License  ID Band  Other \_\_\_\_\_