**Autorización sobre la Divulgación de Información de Salud**

\*5003\*

5003

**Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Fecha de Nacimiento:** \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono **#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **O**

|  |  |
| --- | --- |
|  Yo autorizo a Lexington Regional Health Center a Liberar información a :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del proveedor o instalación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad, Estado, zona Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telephone # Fax # |   Yo autorizo a Lexington Regional Health  Center a ***OBTENER*** mis registros de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del Proveedor o Instalación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad, Estado, zona Postal\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono # Fax # |

**Propósito de la Divulgación**:

[ ]  Si el propósito de divulgación es comercialización, marque esta casilla si Lexington Regional Health Center *recibirá una remuneración directa e indirecta de terceras personas.*

**Información a revelar:**

[ ]  Los expedientes médicos de los últimos 2 años serán enviados a menos que especifique lo contrario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**. Esto incluirá registros del Cuarto de Emergencia, resultados de laboratorio, informes de rayos X, resumen de alta y reporte operativo.**..

[ ]  Fecha de Servicio, o periodo de tiempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

[ ]  Otro**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 **Yo, específicamente autorizo la divulgación de información relativa a:**

[ ]  Abuso de substancias (incluyendo alcohol and drogas)

[ ]  Información relacionada con VIH/SIDA (incluidos los resultados de las pruebas)

[ ]  Salud Mental

**Fecha de Vencimiento, evento y condición:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Y si no especifica una fecha de caducidad, evento o condición, esta autorización vencerá en 12 meses a partir de la fecha de que usted firme.

Mi negativa a firmar está autorización no afectará mi capacidad a obtener tratamiento en Lexington Regional Health Center y su clínicas está afiliado. La información médica que debe divulgarse de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por el receptor y ya no protegida por la Ley Estatal o Federal Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento dándole notificación por escrito a Lexington Regional Health Center. Mi autorización no será efectiva en la medida que ya se hayan adoptado medidas en virtud de mi autorización. Yo he leído o (me han leído) y he recibido una copia de este documento. Una fotocopia o reproducción exacta de esta autorización firmada tendrá la misma fuerza y efecto como la original.

 \_\_\_\_

Firma del paciente o el representante personal del paciente Fecha

Relación con el paciente si es firmada por su representante personal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_