

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

 Por la presente autorizo ​​la liberación de mi información de salud protegida (por favor circule uno) **PARA** o **DE**

 Rural Health, Inc. (designe una ubicación a continuación)

 Anna Medical Clinic, 513 N. Main St., Anna, IL 62906 Tel (618) 833-4471 F (618) 833-6267

Dongola Medical Clinic, 318 US Highway 51 N, Dongola, IL 62926 Tel (618) 827-3545 F (618) 827-4891 PO Box 277, Dongola, IL 62926

Goreville Medical Clinic, 211 N. Broadway, Goreville, IL62939 Tel (618) 995-1002 F (618) 995-1133

 Metropolis Medical Clinic, 1003 E. 5th St., Metropolis, IL62960 Tel (618) 524-7499 F (618) 833-6267

Vienna Medical Clinic, 803 N. 1st St., Vienna, IL 62995 Tel (618) 658-2811 F (618) 658-2439

 Información a revelar Para De

(nombre completo, dirección, número de teléfono y número de fax de la entidad que entrega/recibe información)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información a liberar (debe cumplir con el estándar mínimo necesario y/o especificar)

 Propósito de la Liberación

Regristo Completo Fechas: De \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ Cuidado continuo/Referido

Notas de Cita Fechas: De \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ Legal

Informes de Rayos X Fechas: De \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ Seguro de salud/compensación de trabajadores

Análisis de Laboratorio Fechas: De \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ Transferencia de atención médica y razón

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fechas: De \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*NOTA: La siguiente información de salud protegida NO SERÁ liberada a menos que el paciente lo especifique y ponga sus iniciales a continuación**:

 \_\_\_\_\_ \* VIH/SIDA \_\_\_\_\_ \*REGRISTOS DE SALUD MENTAL \_\_\_\_\_\*ABUSO DE SUSTANCIAS \_\_\_\_\_\*DENTAL

**\*42 CFR Parte 2 prohíbe la liberación no autorizada de estos registros**

Entiendo que la agencia/persona/instalación receptora mencionada anteriormente tiene derecho a inspeccionar y copiar la información liberada. Además, entiendo que si la agencia/persona/instalación receptora no está cubierta por las normas de privacidad de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPAA), la información descrita anteriormente puede volver a liberarse y es posible que ya no esté protegida por las normas HIPAA. Entiendo que puedo revocar la liberación de información en cualquier momento, por escrito, excepto cuando el centro ya haya hecho la liberación en base a mi autorización previa. Entiendo que ninguna revocación de este consentimiento será efectiva para evitar la liberación de registros y comunicaciones hasta que Rural Health, Inc. Los reciba. Entiendo que los registros y las comunicaciones que se liberaran pueden contener información sobre diagnósticos/evaluación/rehabilitación/ tratamiento/recomendación para salud mental, discapacidades del desarrollo y/o abuso/uso de sustancias y que mi firma indica mi consentimiento informado. Todas las autorizaciones vencerán a los 365 días a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario a continuación.

El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la obtención de una autorización si la HIPAA prohíbe tal condicionamiento. Si se permite el condicionamiento, la negativa a firmar la autorización puede resultar en la denegación de la atención o la cobertura.

Definición: Enfermedad de transmisión sexual (ETS) según lo define la ley, RCW 70.24 et seq., incluye herpes, herpes simple, virus del papiloma humano, verruga, verruga genital, condiloma, clamidia, uretritis no específica, sífilis, VDRL, chancroide, linfogranuloma venereuem, VIH (virus de inmunodeficiencia humana), SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y gonorrea.

 Nombre del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dirreción : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Paciente/Representante Autorizado Testigo del Personal de RHI