



Office Use Only	
Date Received: _____	Provider Initials: _____
Date Released: _____	Staff initials who sent info: _____

Autorización Para Divulgar/Liberar Información Protegida De Registros De Salud Designados

Complete este formulario en su totalidad para que podamos ayudarlo a recibir la información que solicita.

1. Esta autorización es voluntaria. Entiendo que Community First Health Centers no basará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de beneficios con mi firma en este documento..

Nombre completo: _____ Nombre de Soltera/o: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Ciudad/Estado/Código postal: _____ # Teléfono: _____
 Correo electrónico: _____

2. Yo mismo: Solicito a Community First Health Centers que me divulgue mi información médica protegida a mí mismo. **Seleccione el método de entrega:** Correo electrónico Recoger en la oficina Correo (a la dirección indicada anteriormente) Fax: _____

3. Otro: Soy el paciente o representante legal autorizado del paciente mencionado anteriormente y solicito a Community First Health Centers que divulgue la información médica protegida (o la información del paciente mencionada anteriormente) a:

Individuo/Persona: _____ Empresa/Organización: _____
 Dirección: _____
 Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono #: _____
 Fax #: _____

Seleccione el método de entrega: Fax Correo de EE. UU. Correo electrónico _____

4. Propósito de la divulgación/divulgación a otra persona/organización:

Motivo de la divulgación

- Continuación/Transferencia
- Abogado/Legal
- Compañía de seguro
- Compensación del trabajo
- Directiva del paciente
- Otra razon(especifique): _____

5. Registros médicos para divulgar:

Yo presente, autorizo a Community First Health Centers a divulgar/recibir todos y cada uno de los registros médicos y la información que se especifica a continuación, relacionados con mi atención y tratamiento, que pueden incluir radiografías, fotografías, archivos electrónicos y digitales y cualquier otro registro, a menos que yo indique o especifique expresamente lo contrario. Entiendo que la información médica puede incluir registros, si los hay, relacionados con el tratamiento para el abuso de alcohol y drogas protegidos por las regulaciones en 42 C.F.R. Parte 2; servicios psiquiátricos / psicológicos y registros de trabajo social, y cualquier información sobre enfermedades e infecciones transmisibles, definidas por la regla del Departamento de Salud Pública de Michigan, que puede incluir enfermedades venéreas de tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, adquirir síndrome de inmunodeficiencia (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o complejo relacionado con el SIDA (ARC). Esto no incluye notas de psicoterapia.

Información que debe divulgarse (ser específico):

Solo registros médicos (el conjunto de registros designados) a partir de la(s) fecha(s) de servicio enumeradas: _____
 Resultados de rayos X: _____ Resultados de laboratorio (Especifique fecha(s): _____
 Otros registros o información (Especifique): _____
 Registro médico completo (el conjunto de registros designados): _____
 Verifique a continuación cualquier **EXCLUSIÓN**:
 Abuso de alcohol/sustancias Registros de salud mental VIH/SIDA
 Otro (especifique): _____



Office Use Only	
Date Received: _____	Provider Initials: _____
Date Released: _____	Staff initials who sent info. _____

6. Divulgación de registros A Community First Health Centers:

- Autorizo la divulgación de registros a Community First Health Centers
ATTE: Medical Records, 1011 Military Street, Port Huron,
MI, 48060 – Fax # 810-488-8005
- Autorizo la divulgación de registros a Community First Health Centers
ATTE: Medical Records, 555 St. Clair River Drive, Algonac,
MI, 48001 – Fax # 810-794-7645
- Autorizo la divulgación de registros a Community First health Centers
ATTE: Medical Records, 58144 Gratiot Avenue, P.O. Box
480430, New Haven, MI. 48048 – Fax # 586-749-5560

Office Use Only		
Send Medical Records Via:		
<input type="checkbox"/> US Mail	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Email

De: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ # Teléfono: _____

Fax: _____

7. Puedo revocar esta autorización enviando un aviso por escrito a la ubicación de Community First Health Centers donde recibió servicios dirigidos a la atención de Registros Médicos. Una solicitud para revocar una autorización no afectaría ninguna acción ya tomada por Community First Health Centers basada en esta autorización. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Puedo inspeccionar o copiar (a un costo adicional) la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524. Esta autorización expira cuando revocé este consentimiento o dentro de un año calendario de haber sido firmado. Si desea que esta autorización caduque antes de un año calendario, indique la fecha de vencimiento aquí : _____.

8. Para proteger la información de su registro de salud, cualquier información solicitada para ser enviada por correo electrónico será encriptada y protegida con contraseña a menos que se solicite lo contrario. Las comunicaciones enviadas por correo electrónico a través de Internet no siempre son seguras y pueden ser interceptadas y leídas / recibidas por alguien que no sea a quien se dirigieron. Elegir tener la información de salud solicitada por correo electrónico implica que usted acepta este riesgo.

_____	_____	_____	_____
Firma del paciente o de la persona legalmente autorizada	Nombre Escrito	Fecha	Hora
_____	_____	<input type="checkbox"/> Traducción proporcionada	
Firma del testigo	Fecha		

Los Estándares para la Privacidad de la Información de Salud de Identificación Personal, 45 CFR Partes 160 y 164, establecen que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a divulgación por parte del destinatario de esta información. La confidencialidad federal Reglas CFR Parte 2 prohíbe hacer cualquier divulgación adicional de información sobre drogas o alcohol a menos que se divulgue más si esta información está expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita 42 CFR Parte 1.

11/14/2018