

Church Health
1350 Concourse Ave., Suite 142
Memphis, TN 38104
901 272-0003
(FAX) 901 261-8830

Autorización para Divulgar Información Médica de Church Health

Nombre del Paciente (en imprenta)	Fecha de Nacimiento	# SS	#MR
-----------------------------------	---------------------	------	-----

Domicilio	# Teléfono ()
-----------	----------------------

Por la presente autorizo a Church Health

Divulgar información de la historia clínica de:

Nombre del Paciente

Enviar/entregar historia clínica a:

Nombre _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre/Dirección de la persona/organización a la que se le hace la divulgación

Fax _____ # Teléfono _____

Quiero que se envíen los siguientes registros médicos: notas de los médicos y /o especialistas de los últimos 12 meses, diagrama de flujo de signos vitales, resultados de pruebas de laboratorio, medicamentos recetados, incluyendo los informes de radiografías y mamografías.

Los registros sobre el estatus del VIH y las enfermedades de transmisión sexual serán incluidos, a menos que se especifique lo contrario.

Nota: Las notas de consejería o psicoterapia requieren una solicitud por separado y ser revisadas por el personal, antes de ser divulgadas.

Por favor especifique si necesita otros registros además de los descritos

Esta autorización es válida por un año desde el día de su firma o hasta _____ a menos que sea revocada por solicitud escrita. Cubre únicamente el/los tratamiento(s) para las fechas especificadas anteriormente.

Yo, el suscrito, he leído lo anterior y autorizo al personal de Church Health de difundir dicha información aquí contenida. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas de seguridad sobre ella. Yo entiendo que no necesito firmar este formulario para recibir tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud ni elegibilidad. Yo entiendo que cuando esta información sea utilizada o divulgada de acuerdo a esta autorización, puede ser sujeta a ser divulgada de nuevo por el destinatario y ya no podría ser protegida. Mi historia clínica puede ser proporcionada a través de Datavant Health, un servicio a terceros. Yo, por la presente libero y eximo a Church Health de toda responsabilidad, daños y perjuicios resultantes de la divulgación legal de mi Información de Salud Protegida. Entiendo que puedo obtener una copia de este formulario si deseo.

Fecha	Firma del Paciente/Padres/Guardián	Autoridad/Relación con el Paciente
-------	------------------------------------	------------------------------------

El costo del paciente es de \$20 para los registros. Los cargos cumplirán con todas las leyes y regulaciones aplicables a la divulgación de Información Médica Protegida. El pago vence en el momento del alta al paciente o en el momento de la solicitud si se envía por correo al paciente.

Los registros médicos que sean recogidos de la clínica por cualquier persona que no sea el paciente requiere que el individuo tenga una identificación con foto.