



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Hay ocasiones en las que las otras personas involucradas en su atención quisieran consultar al respecto con Community Health Center, Inc. (CHC). Este formulario nos otorga permiso para conversar con esas personas. **Debe llenar uno de estos formularios por cada persona u organización a la que nos autoriza a revelar información. Puede revocar este permiso en cualquier momento notificando por escrito a CHC.**

Doy permiso a CHC para que revele información sobre mi atención médica a la persona u organización mencionada y según se indica más abajo. Este permiso estará vigente hasta que lo revoque por escrito.

Nombre de la persona/organización, en letra de molde	Dirección	Teléfono de contacto	Relación

Tipo(s) de información que CHC está autorizado a revelar (**marque todos los que correspondan**):

- Programación y verificación de citas Formularios y expedientes (recogerlos, responder preguntas)
- Preguntas de facturación y cobertura del seguro médico Medicamentos: resurtir, dosis, usos
- Atención, plan de atención, tratamiento Resultados de pruebas y preguntas sobre referidos
- Atención de dependientes (llevar dependientes a las citas, programar citas, preguntas sobre atención) Transporte
- Incluir información de salud conductual o psiquiátrica Incluir información sobre trastornos por uso de sustancias

Lo anterior no incluye la información relacionada con el VIH/SIDA. Si tiene alguna pregunta sobre la revelación de su información de atención médica, llame a la oficina del proveedor de atención médica o consulte a uno de nuestros asociados de Servicio al Paciente.

Los proveedores y el personal de CHC tienen mi permiso para: (Marque todos los que correspondan).

() Dejar mensajes con (nombre de la persona): _____

() Dejar mensajes de voz en los siguientes números:

Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Firma del paciente o tutor legal

Nombre del paciente o tutor legal, en letra de molde

Fecha

Solo para uso oficial

Persona que lo recibió, fecha:

Persona que lo procesó, fecha: