First Flight Health Centers™

Alex Central 937-247-0304	Chambersburg 937-963-9505	Charles Drew 937-461-4336
Corwin Nixon 937-228-0990	East Dayton 937-528-6850	

Autorización para la divulgación de información

IMPORTANTE: es posible que se apliquen cargos por esta solicitud. Espere 5 días hábiles para el procesamiento. El formulario debe cumplir con la ley HIPPA y no se procesará si no es válido.

Por la presente, doy permiso para la divulgación o revisión de la siguiente información relacionada con mi atención médica.

Médico/Centro autorizado a **divulgar** información:

Nombre:_____

Dirección:_____

_____

Teléfono/Fax:_____

Médico/Centro/Persona autorizado a **recibir** información:

Nombre:_____

Dirección:_____

_____

Teléfono/Fax:_____

Para el propósito de: ☐ Personal/traslado de la atención (es posible que se apliquen cargos) ☐ Continuidad de la atención/tratamiento
☐ Reclamo al seguro Asunto legal (especifique)_____ ☐ Otro (especifique) _____

Nombre del paciente (incluido el nombre anterior): _____

Fecha de nacimiento:_____ Teléfono:_____

Dirección:_____ N.º de apto._____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Formato: ☐ Copia electronica ☐ Copia impresa
☐ Fax ☐ Retiro ☐ Correo ☐ Correo electrónico cifrado: _____

Información para la divulgación:

☐ **Médica:** **Fecha(s) de servicio:**_____
☐ Hoja de datos demográficos ☐ Notas de la historia clínica ☐ Informes de laboratorio ☐ Informes de la sala de emergencias
☐ Vacunas ☐ Consultas ☐ Informes de radiología ☐ Informes hospitalarios
☐ Registros de facturación ☐ Otro (especifique)_____

☐ **Odontológica:** **Fechas de servicio:** _____
☐ Informes de tratamientos ☐ Imágenes radiológicas ☐ Registros de facturación

☐ **Salud conductual:** **Fecha(s) de servicio:** _____
En la parte 2 del Título 42 del CFR, se prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros:
☐ Notas de psiquiatría ☐ Notas de psicoterapia
☐ Evaluación psiquiátrica ☐ Evaluación del diagnóstico de salud conductual
☐ Otra (especifique)_____

Firma:_____ (**DEBE** firmar para salud conductual)

Comprendo que esta información de salud puede incluir información relacionada con el VIH o información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de trastornos psiquiátricos y, al firmar debajo, autorizo la divulgación de esta información. Comprendo que la información que autorizo que una persona o entidad reciba puede volver a divulgarse a menos que se trate de información relacionada con tratamientos de trastornos por abuso de sustancias que están protegidos a través de la parte 2 del Título 42 del CFR que prohíbe su divulgación posterior. Comprendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmar. Mi negativa a firmar no afectará mi posibilidad de recibir tratamiento. Comprendo que esta autorización puede retirarse en cualquier momento por escrito (consulte el Aviso de privacidad). Esta autorización estará en vigor durante sesenta (60) días después de que firme y escriba la fecha en el formulario de abajo, a menos que especifique una fecha de vencimiento anterior en el espacio proporcionado:_____

_____	_____	_____
(Fecha)	**(Firma del padre/tutor legal/representante)**	(Testigo)

Si la firma anterior no pertenece al paciente, escriba el nombre en letra de imprenta: _____
☐ Menor ☐ HCPOA ☐ Albacea ☐ Tutela ☐ Fallecido ☐ Otro (especifique)_____

SOLO para uso administrativo
Copia de la divulgación de información (ROI) entregada al paciente: ☐ SÍ ☐ NO Fecha en la que se completó:_____
Nota: _____