



FAMILY HEALTH ASSOCIATES

Derek T. Earl, DO, CIC | Jonas H. Oltman, DO | Patrick B. Johansing, DO | Shara M. Salverda, FNP | Jessica L. Oltman, FNP-C | Dawn R. Headings, FNP-BC
John R. Adair, PA-C | Maria A. Faeteete, FNP-C | Jadie A. Dolan, FNP-C

Forma de consentimiento para entrega de información Autorización para el uso y/o revelación de información medica

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____
#SS _____ # de Teléfono _____

1. Información solicitada de _____

Dirección _____ # de Teléfono _____

2. Enviar información a _____

Dirección _____ # de Fax _____

FHA NO ACEPTA documentos de papel. Aceptamos fax o copias digitales solamente.

Al poner mis **iniciales** en el espacio a continuación, autorizo específicamente el uso o divulgación de la siguiente información y/o registros de salud, si dicha información o registros existen.

_____ Envíe el registro médico completo (*toda la información) al destinatario mencionado anteriormente. *Para solicitudes más allá del historial más reciente, se cobrará a los pacientes una tarifa razonable por copia / envío postal de hasta un máximo de \$50.00.

O _____ Enviar el historial más reciente al destinatario mencionado anteriormente. *Incluye hasta 2 años de notas, 2 años de notas de progreso y los últimos 3 años de laboratorios o 50 páginas, lo que sea mayor, la lista actual de medicamentos, la lista de alergias y la lista de problemas activos junto con el historial de inmunizaciones.

_____ Notas del consultorio médico _____ Registros de emergencia y atención de urgencia
_____ Registros médicos necesarios para la continuidad de la atención _____ Extractos de facturación
_____ Reportes de laboratorio _____ Reportes de patología _____ Reportes de diagnóstico por imágenes
_____ Otros _____

* Los siguientes elementos deben llevar **sus iniciales** para **excluirse** del uso o divulgación de otra información médica.

___*Información y / o registros de salud relacionados con el VIH / SIDA
___*Información y / o registros de salud mental ___*Información o registros de pruebas genéticas
___*Información sobre el diagnóstico, tratamiento o la referencia de drogas / alcohol (las regulaciones federales requieren una descripción de la cantidad y el tipo de información que se debe divulgar. La ley federal prohíbe la divulgación de dicha información)

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que el negarme afirmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios. Puedo inspeccionar o tener copias de cualquier información para ser usada o divulgada bajo esta autorización.

También entiendo que, si la persona o entidad que recibe esta información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por privacidad federal, la información descrita anteriormente puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida por estas normativas. Sin embargo, el destinatario puede ser prohibido a divulgar mi información médica bajo otras leyes y regulaciones estatales o federales aplicables.

Además, entiendo que la (s) persona (s) que autorizo a usar o divulgar mi información pueden recibir una compensación (ya sea directa o indirectamente) por hacerlo.

Esta autorización permanecerá en vigor durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se identifique una fecha límite. Para revocar la autorización antes de una fecha de vencimiento o fecha de finalización, se requiere un aviso por escrito para revocar. Si el paciente es menor de edad, la autorización caducará una vez que el paciente alcance la edad de consentimiento, que es la edad de 15 por OR 109.640. [Inserte la fecha aplicable o el evento de vencimiento] _____.

Firma del individual o representante legal

Fecha

de Teléfono

Nombre de representante legal (si aplica)

Relación de representante legal al individual