

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA UTILIZAR O PROPORCIONAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Nombre del Paciente: _____		Fecha de Nacimiento: _____	
Autorizo a las instalaciones de Grand Peaks a proporcionar: <input type="checkbox"/> mí mismo <input type="checkbox"/> mi representante			
<input type="checkbox"/> Otro proveedor o oficina nombre _____			
Dirección: _____		Teléfono #: _____	
Fax#: _____			
Autorizo a otro centro a proporcionar registros médicos a la siguiente ubicación de Grand Peaks.			
Proveedor o oficina nombre _____			
Dirección: _____		Teléfono #: _____ Fax#: _____	
Autorizo a otro centro a proporcionar registros médicos a la ubicación de Grand Peaks a continuación:			
MEDICAL			
<input type="checkbox"/>	335 E Main St, Ste 1 St. Anthony, ID 83445	Fax# (208) 624-4116	
<input type="checkbox"/>	72 S 1st E, Ste 101 Rexburg, ID 83440-1902	Fax# (208) 356-3724	
<input type="checkbox"/>	2454 N 25th E, Ste 101 Idaho Falls, ID 83401	Fax# (208) 612-6118	
BEHAVIORAL HEALTH			
<input type="checkbox"/>	335 E Main St, Ste 3 St. Anthony, ID 83445	Fax# (208) 624-4030	
<input type="checkbox"/>	72 S 1st E, Ste 103 Rexburg, ID 83440-1902	Fax# (208) 372-1023	
<input type="checkbox"/>	2454 N 25th E, Ste 102 Idaho Falls, ID 83401	Fax# (208) 612-6118	
DENTAL			
<input type="checkbox"/>	325 E Main St St. Anthony, ID 83445	Fax# (208) 624-4117	
<input type="checkbox"/>	72 S 1st E, Ste 102 Rexburg, ID 83440-1902	Fax# (208) 359-1600	
<input type="checkbox"/>	2454 N 25th E, Ste 201 Idaho Falls, ID 83401	Fax# (208) 612-6123	
PHARMACY			
<input type="checkbox"/>	335 E Main St, Ste 4 St. Anthony, ID 83445	Ph# (208) 624-8300	Fax# (208) 624-4114
<input type="checkbox"/>	72 S 1st E, Ste 104 Rexburg, ID 83440-1902	Ph# (208) 372-8300	Fax# (208) 372-4114
<input type="checkbox"/>	2454 N 25th E, Ste 103 Idaho Falls, ID 83401	Ph# (208) 612-6300	Fax# (208) 612-6119
Se divulgará información de registros médicos:			
<input type="checkbox"/> Registro médico completo incluyendo: historia del paciente, notas de sus visitas (menos los de psicoterapia), exámenes, radiografías, órdenes para especialistas, registros de facturación, registros de seguro médico y registros que de otros proveedores de salud que hemos recibido.			
<input type="checkbox"/> Registros médicos de _____ a _____			
<input type="checkbox"/> Descripción de la información que se solicita: _____			
Propósito: <input type="checkbox"/> Continuación de tratamiento <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro _____			

SE DEBE LEER Y FIRMAR POR EL PACIENTE:

YO ENTIENDO LO SIGUIENTE:

- Esta autorización vence en un año si no se termina por escrito antes.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a Grand Peaks.
- No puedo revocar esta autorización si la oficina ya ha tomado acción utilizando esta autorización o si esta autorización fue obtenida bajo condiciones de conseguir un seguro médico.
- Entiendo si me niego a firmar este documento, esto no va a afectar mi habilidad de recibir tratamiento.
- Entiendo que puedo inspeccionar o copiar cualquier información que se utilizará o divulgará según esta autorización.
- 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 las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede volver a divulgarse y ya no estar protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.
- Entiendo que las regulaciones federales requieren una descripción de cuánta y qué tipo de información se debe divulgar. La información relacionada con el abuso de drogas y alcohol, la información confidencial relacionada con el VIH y el tratamiento de salud mental (excepto las notas de psicoterapia) solo se divulgarán si se indica arriba en la descripción.
- Por favor deja 30 días para preparar el registro médico. Se le puede cobrar por este servicio.

Firma del Paciente/ Representante Autorizado _____

Imprimir Nombre

Fecha

Si no es el paciente, indica relación: _____