

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA/DE SALUD

Yo, _____ por medio de la presente autorizo
(NOMBRE DEL INDIVIDUO, TUTOR, REPRESENTANTE LEGAL O PERSONAL)

y solicito que _____ libere o divulgue a
(NOMBRE DE LA ENTIDAD, AGENCIA O INDIVIDUO QUE TIENE LOS EXPEDIENTES)

(NOMBRE DE LA PERSONA O ENTIDAD QUE RECIBIRÁ LOS EXPEDIENTES)

(DIRECCIÓN)

la información de salud de la persona que se indica abajo.

NOMBRE EN LA INFORMACIÓN A DIVULGAR

FECHA DE NACIMIENTO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

LA INFORMACIÓN ESPECÍFICA A DIVULGARSE ES (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Expediente completo | <input type="checkbox"/> Historial médico, exámenes, diagnóstico | <input type="checkbox"/> Pagos de servicios médicos |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Expedientes del hospital, incluyendo informes | <input type="checkbox"/> Otros (Especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica | <input type="checkbox"/> Expedientes/informes de salud mental | |

Fechas de servicio (si procede): _____

PROPÓSITO DE LA SOLICITUD DE DIVULGACIÓN

- A petición del individuo o representante legal del individuo
 Otro (especifique): _____

SUS DERECHOS RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN

Usted no puede ser obligado a firmar este formulario de autorización de divulgación ni se le podrá negar o rechazar un tratamiento o pago si no lo firma. Pero si firma este formulario tiene que recibir una copia. Usted tiene derecho de revisar la información que se divulgará y puede revocar esta autorización por escrito a: DSS Privacy Officer, PO Box 1527, Jefferson City, MO 65102. Revocar esta autorización no cambiará la información liberada bajo esta autorización y cuando ocurre una divulgación es posible que la información sea divulgada también por el receptor. Para más información, puede llamar al 573-751-3229. (TDD 800-735-2966 o 800-735-2466).

Los expedientes de tratamientos contra el abuso de alcohol y drogas están protegidos específicamente por las regulaciones federales (42 CFR 2) y al firmar esta autorización, sin restricción, usted está permitiendo la liberación de todos los expedientes médicos, incluyendo cualquier expediente de alcohol y/o drogas que pueda estar en sus archivos, a la entidad o la persona especificada antes. Si desea restringir esta autorización para no incluir los expedientes de tratamientos contra el abuso de alcohol y drogas, escriba sus iniciales en la casilla siguiente.

FIRMA

He tenido oportunidad de revisar y entender el contenido de este formulario de autorización y, al firmar esta autorización, confirmo que refleja fielmente mis deseos. **Nota: Si un tutor, representante legal o personal firma este documento, deberá presentar prueba de su estatus y autoridad.**

FIRMADO POR (INDIVIDUO, TUTOR, REPRESENTANTE LEGAL O PERSONAL)

FECHA

DIRECCIÓN

FECHAS DE VENCIMIENTO – ESTA AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA HASTA LA FECHA _____ O DURANTE UN AÑO.

POR FAVOR, DEVUELVA LA INFORMACIÓN SOLICITADA A

NOMBRE DEL EMPLEADO

NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)