



AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE REGISTROS DE SALUD

Estamos obligados por ley a obtener un permiso por escrito para revelar sus registros médicos.

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad, Estado, Código postal _____ Número de seguro social _____

1. Por este medio autorizo la revelación de los registros de salud obtenidos en el curso de mi tratamiento en Lowell Community Health Center.

Para: Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Para el período de tiempo: _____

Razón para la revelación: _____

2. La información específica que se revelara es: _____

3. Si mis iniciales aparecen aquí _____, autorizo específicamente la revelación de drogas, alcohol, enfermedades de transmisión sexual y/o registros psiquiátricos/asesoramiento. Entiendo que mis registros de tratamiento de drogas están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas, 42 C.F.R. Parte 2, Subparte C y no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que la regulación disponga lo contrario.

4. Si mis iniciales aparecen aquí _____, Autorizo específicamente la revelación de mis registros que contienen información sobre mi diagnóstico de VIH, pruebas o tratamientos de VIH y SIDA, y que pueden contener referencias a mi identidad como VIH positivo o como paciente con SIDA.

5. He leído y comprendido cuidadosamente las declaraciones anteriores, y doy mi consentimiento expreso y voluntario para revelar la información anterior o los registros de salud de mi condición a las personas de las agencias mencionadas anteriormente.

6. Entiendo que la autorización está sujeta a revocación en cualquier momento. excepto en la medida en que la divulgación realizada de buena fe ya ha ocurrido. La revocación debe hacerse por escrito. Esta autorización vencerá un año después de la fecha que se muestra a continuación.

7. La información divulgada puede estar sujeta a una nueva revelación por parte del destinatario.

Número de registro de salud _____

Fecha _____ Firma del paciente o representante _____

Autoridad o relación de representante _____

Fecha _____ Testigo _____