

Rex Healthcare
4420 Lake Boone Trail Raleigh, NC 27607
Health Information Management
919-784-3158; Fax 919-784-3343
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN

Autorizo:

	Rex Healthcare
--	-----------------------

U

Otro:	
Phone:	Fax:

Para utilizar o divulgar a:

Nombre: _____ Ciudad: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Cod: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

La protegida información de salud de:

Nombre Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono: () _____ SS#: _____ Cod: _____
(voluntary)

Historial Apellido De Soltera _____

Medico #: _____ De la Madre: _____

Fechas del Tratamiento/ _____

Tipo de Tratamiento: _____

Información que se divulgará (compruebe por favor la información solicitada):

	Face Sheet		Discharge Summary		History and Physical
	Consultations		Physician Orders		Emergency Dept. Notes
	Medication/Graphic Sheets		Progress Notes		Operative/Procedure Notes
	Pathology Report		Pictures		Lab Reports
	X-Ray Reports		Discharge Instructions		Nurses Notes
	Otro:				

Reconozco que los datos divulgados puedan que incluyan datos que son protegidos por la ley. Mis iniciales abajo autorizan la inclusión de la información que pertenece a:

	Salud Mental		Drogas Y Alcohol		HIV / SIDAS y otras enfermedades comunicables		Prueba Genética		No aplicable
--	--------------	--	------------------	--	---	--	-----------------	--	--------------

El propósito del uso o divulgación es:

	Abogado/Judicial		Continuo Cuidado del Paciente		Servicios Sociales/Incapacidad
	Uso Personal		Seguro		Otro:

REQ12345

Entiendo que:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento.
- La revocación no aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización.
- La revocación no aplicará a mi compañía de seguros y lo que la ley provee a mi asegurador el derecho de contender un reclamo bajo mi póliza.

Entiendo que:

- Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito.
- El procedimiento para revocar esta autorización es presentar mi revocación por escrito al departamento de Information Management.

También entiendo que:

- Puedo rehusar firmar esta autorización.
- Rex Healthcare no pondrá condiciones a el tratamiento de el paciente (o cualquier pago, la inscripción en un plan de salud, o la elegibilidad para los beneficios) en el recibir mi firma en esta autorización.

He sido informado y entiendo que la información divulgada con respecto a esta autorización puede estar sujeta a la reapertura por un recipiente de tal información. Es posible que una vez divulgada, la privacidad de la información no sea más protegida bajo la ley federal de privacidad medica.

Entiendo que un honorario puede ser cobrado para copiar la protegida información medica.

A menos que esté revocada de otra manera, esta autorización expirará en la fecha, acontecimiento, o condición siguiente: el día, mes y año_____. Si fallo de especificar una fecha de vencimiento del acontecimiento o de la condición, esta autorización expirará automáticamente en noventa (90) días a partir de la vijente fecha de mi firma.

Firma del paciente

Fecha

- O -

Firma del representante autorizado

Fecha

Witness

Fecha

Explique por favor la autoridad de Representante para ejercer por parte del paciente:_____

Date Completed: _____		Completed by: _____	
Total Pages: _____	Sent via: Mail	Courier	Certified Mail Fax Picked-Up
Fax Number: _____	<input type="checkbox"/> Fax # Verified	<input type="checkbox"/> I.D. Checked: _____	