

RIGGS COMMUNITY HEALTH CENTER

1716 Hartford St

Lafayette, IN 47904

Teléfono (765) 742-1567 Fax # (765) 742-2750

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN / SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del Paciente (Letra de Molde) _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____ Ciudad, Estado, CP _____
Número de seguro social _____ - _____ - _____ Teléfono _____

Autorizo a Riggs Community Health Center (Riggs CHC) para divulgar obtener información a/de:

Instalación / Dr. _____
Dirección _____
Ciudad, Estado, ZIP _____
Teléfono _____ # Fax _____

Propósito de divulgación _____

Si los registros son para usted, ¿le gustaría recibirlos en papel o en formato CD?

Información que se entregará:

Notas de visita Estudios del Laboratorio Informes de Radiología Registro de Vacunas
 Forma Física Lista de Medicamentos Registro completo
 Otro (especifique) _____

A menos que sus iniciales aquí _____, entiendo que mis registros pueden contener información relativa a la salud mental, las enfermedades transmisibles, o de drogas / información de abuso de alcohol.

Entiendo que después de la liberación y la divulgación de los registros médicos protegidos y la información, los registros y la información pueden ser objeto de una nueva divulgación por el recipiente y ya no puede ser protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Entiendo que Riggs CHC no negará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios en base a si firmo esta autorización. También entiendo que puede ser necesaria una autorización con el fin de procesar cualquier solicitud que he hecho para la liberación de los registros médicos y otra información médica. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información usada o divulgada bajo esta autorización.

Esta autorización se vencerá en sesenta (60) días salvo que se especifique lo contrario: _____

Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito Riggs CHC. La revocación entrará en vigencia a partir de su recepción por Riggs CHC, a menos Riggs CHC ya ha tomado acciones de seguridad de la presente autorización.

Firmado por _____ Fecha _____

Nombre impreso del firmante y la relación (si no es el paciente) _____