Eastern Idaho Public Health

Prevent. Promote. Protect.

Authorization to Release Information

Nombre de Cliente:_____

Apellido(s) Nombre Inicial del segundo nombre

Otro nombre(s): _____ Fecha de Nacimento: _____

Yo autorizo:

Proveedor de cuidado de salud/ Individuo: __Eastern Idaho Public Health_____

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de Fax: _____

Para revelar la información médica protegida descrita a continuación:

Proveedor de cuidado de salud/ Individuo:_ _____

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____ Estado:_____ Código Postal:_____

Número de teléfono:_____ Número de Fax:_____

La autorización de información cubre el período de atención de salud de:

Fecha: _____ hasta _____

☐ **Autorizo la divulgación de mi historial médico completo el registro de WIC es excluido (incluyendo registros relacionados con salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA, y tratamiento del abuso de alcohol o drogas).**

OR

☐ **Autorizo solamente que se releven los siguientes registros de salud:**

☐ Cartilla de vacunación ☐ Reportes de patología y laboratorio ☐ Resultados de Papanicolaou

☐ Departamento de facturación

☐ Registro de WIC (especifica): _____

☐ Otro (especifica):_____

Entiendo que:

- Esta información médica puede ser utilizada por el proveedor de atención médica o individuo que autorizo para recibir esta información para tratamiento médico o consulta, facturación o pago de reclamaciones, u otro propósito que yo pueda dirigir.
- Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no estará condicionada a que yo firme esta autorización.
- La información utilizada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser revelada por el receptor y ya no puede ser protegida por la ley federal o estatal.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que alguna persona o entidad ya haya actuado en dependencia de mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y el asegurador tiene el derecho legal de impugnar una reclamación.

La autorización es válida por un año y está sujeta a revocación por la persona que firma a continuación, en cualquier momento por escrito. WIC esta excluido y es válido para un solo uso.

_____

Nombre escrito del cliente o representante personal y su relación al cliente

_____

Firma de cliente o representante personal **Fecha**

Esta institucion es un proveedor de igualdad de oportunidades.

9/2019 TL/ES