CLAY COUNTY MEDICAL CENTER
*Our Family. Caring for Yours.*

CLAY CENTER • CLYDE
LINN • RILEY • GLASCO
FAMILY PHYSICIANS
*Our Family. Caring for Yours.*

# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

**Nombre completo del paciente:**_____ **Fecha de nacimiento:**_____

**Autorizo a Clay County Medical Center, incluidas las clínicas de médicos de familia en Clay Center, Clyde, Glasco, Linn y Riley, KS, a divulgar por única vez información médica confidencial del paciente antes mencionado a quienes se indica a continuación:**

**Persona/Centro:** _____

**Dirección:**_____

**Ciudad:**_____ **Estado:**_____ **Código postal:**_____

**Teléfono:**_____ **Fax:**_____ **Correo electrónico:**_____

**Método de entrega preferido** (a discreción del departamento HIM del CCMC)**: Fax Correo Recolección Correo electrónico**

**Con la siguiente finalidad:**
**Personal Seguro Transferencia de la atención Continuidad de la atención Otra**_____

**La información que se divulgará es: (marque la casilla correspondiente)**

**Registros hospitalarios**
**Registros médicos de familia -O-**
**Otra** _____
_____
_____

**Informes de laboratorio**
**Informes radiológicos**
**Registros del Departamento de Emergencias**
**Registros de terapia (PT/ OT/ ST)**
**Registros de salud conductual/psicoterapia**

**Para las fechas de tratamiento de: Más reciente Último 1 año Últimos 3 años Otra (**especifique**)**_____

**Entiendo que mi información médica puede contener información relacionada con: VIH, enfermedades contagiosas, tratamiento psiquiátrico, tratamiento de salud mental, tratamiento de abuso de sustancias u otras afecciones que pueden estar específicamente protegidas por la ley, y autorizo la divulgación de dicha información. Entiendo que, una vez que mi información médica se ha divulgado, ya no estará sujeta a las regulaciones federales de privacidad y puede volver a divulgarse por parte de la persona que la recibe.**

**Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi tratamiento o el pago de mi tratamiento no se verán afectados si no firmo este formulario, a menos que mi tratamiento incluya investigación, o que el motivo de mi tratamiento sea revelar información a otra persona.**

**Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario según lo dispuesto por la normativa federal, y que recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.**

**Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito, pero que cualquier revocación no es efectiva para las divulgaciones que ya se han hecho. Para revocar esta autorización, debo ponerme en contacto con: Privacy Officer, Clay County Medical Center, Clay Center, Kansas 67432**

_____ _____
**Firma del paciente o de su representante personal** **Fecha**

_____ _____
**Relación con el paciente** **Firma del testigo**