

RELEASE OF INFORMATION

Nombre del Paciente				Fecha de Nacimiento	
Dirección				Teléfono	
Ciudad		Estado		Código Postal	
Esta autorización permite que Petaluma/Rohnert Park Health Center DIVULGE			Autorizo a Petaluma/Rohnert Park Health Center que DIVULGE esta información a		
<input type="checkbox"/> Expediente Médico Completo (de 1 año a la fecha)			Divulgar a		
<input type="checkbox"/> Solo registros de la fecha _____ a la fecha _____			Nombre		
Otra Información:			Dirección		
			Ciudad		
			Estado	Código Postal	
			Teléfono	Fax	
Esta información se puede usar para el siguiente propósito(s): <input type="checkbox"/> Tratamiento Médico <input type="checkbox"/> Continuidad de Cuidado Médico <input type="checkbox"/> Dada a mi <input type="checkbox"/> Compartir mi información médica con otros					

La información que será divulgada será el expediente médico completo de 1 año y cualquier otra información indicada a continuación.

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Informe de Alta | <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Reportes de Patología |
| <input type="checkbox"/> Historial Médico y Examen Físico | <input type="checkbox"/> Reportes de Rayos-X | <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Último Papanicolaou |
| <input type="checkbox"/> Informes Operativos | <input type="checkbox"/> Pruebas EKG/ECG | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Detección del Cáncer del Colon |
| <input type="checkbox"/> Registros de Urgencias | <input type="checkbox"/> Notas de Evolución (las últimas 3) | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Última Mamografía |

Los registros médicos con información sobre el tratamiento de la salud mental y/o del alcoholismo/de la dependencia del uso de drogas y de VIH/SIDA están especialmente protegidos y no se pueden divulgar por Petaluma/Rohnert Park Health Center a menos que firme a continuación.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Divulgar Información de Salud Mental/Salud Conductual | <input type="checkbox"/> Divulgar información de VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Divulgar Información sobre el Tratamiento del Uso de Alcohol y/o Drogas | |
| <input type="checkbox"/> Divulgar Notas de Psicoterapia | |

Firma		Fecha	
-------	--	-------	--

- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto cuando ya se divulgó la información a causa de esta autorización.
- La información dada a conocer en respuesta a esta autorización puede ser revelada a terceros.
- Entiendo que mi tratamiento o el pago por mi tratamiento no puede estar condicionado a mi firma en esta autorización.

Duración: Esta autorización se mantendrá vigente por un año desde la fecha de la firma a menos que se especifique una fecha diferente aquí: _____

42 CFR Part 2: Esta información está protegida por las Reglas Federales de Confidencialidad. Las reglas federales prohíben la PHC/RP de hacer cualquier otra revelación de información sobre el tratamiento de drogas y alcohol a menos que una divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito.

Firma		Fecha	
-------	--	-------	--

Si la firma no es del paciente, imprima su nombre y parentesco con el paciente a continuación:

Nombre		Parentesco	
--------	--	------------	--