

AUTORIZACION PARA INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Esta autorización concede permiso para los partidos nombrados abajo que: tengan acceso a información médica, resultados de laboratorio, resultados de exámenes, y comunicación por teléfono; recoger medicamentos, referencias, y notas; tener conocimiento de mi diagnóstico, pronóstico, y plan de tratamiento; y tener acceso a mi información financiera.

Yo entiendo que esta autorización es voluntaria.

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo doy solicitud y autoridad a _____ Rocky Run Family Medicine _____ para dar información de salud del paciente nombrado arriba:

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Numero privado donde mensajes de voz se pueden dejar: _____

Marque aquí si no autoriza a alguien a tener acceso a su información

Yo entiendo que esta autorización (marque uno):

- Expira un año de la fecha firmada por el paciente
- Sea efectivo por toda la vida del paciente a menos que se revoque en escritura
- Sea efectivo hasta _____

Esta solicitud y autorización aplica a:

Información de salud pertinente al siguiente tratamiento, condición, o fechas:

Toda información de salud (excepto como se indica abajo)

Otro: _____

Definición: Enfermedades de transmisión sexual (STD) es definido por ley, RCW 70.24 et seq., incluye herpes, herpes simple, virus del papiloma humano, verruga, verruga genital, condiloma, clamidia, uretritis no especifica, sífilis, laboratorio de investigación de enfermedades venereas (VDRL), cancroide, linfogranuloma venereuem, VIH (virus de inmunodeficiencia humana), SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), y gonorrea.

Si No Yo autorizo la solicitud de mis resultados con información de enfermedades de transmisión sexual (STD), examenes VIH/SIDA, sean negativos o positivos a la persona (s) mencionada anteriormente.

Si No Yo autorizo la solicitud de cualquier archivo respecto drogas, alcohol, o tratamiento de salud mental a las personas mencionadas anteriormente.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____