Autorización para la entrega de Información de Salud

Autorizo a _____ *de entregar la información protegida de la salud de:*

Paciente: _____ Fecha de nacimiento _____/____/_____
Domicilio:_____ Teléfono ( ) _____

La información es de ser □ entregada o □ enviada:

Nombre: _____ Teléfono ( ) _____
Domicilio:_____ Fax ( ) _____
Correo electronico:_____

La información que deseo ser entregada es (incluya las fechas del servicio): _____

□ Notas de la oficina □ Electrocardiograma/Ultrasonido □ Laboratorios □ Radiografía □ Reportes del hospital
□ Reportes de la cirugía □ Otra_____
Deseo ____ No deseo ____ tener información sobre HIV/AIDS ser entregada bajo esta autorización.

El propósito para tal acceso es:

□ Conforme a mi petición (solamente el padre/el paciente puede comprobar) □ Pago/Aseguranza □ Cuidado Medico
□ Empleo □ Otro_____

Esta autorización expirará un año a partir de la fecha que se firma a menos que indique una fecha aquí: _____

♥ Yo entiende que esta autorización se puede revocar por mí en cualquier momento a menos que ya se haya tomado la acción.

♥ La información usada o divulgada conforme a la autorización puede estar conforme a re-acceso del recipiente y no ser protegido.

_____ _____ _____/_____/_____
Firma del paciente o del padre/del guarda Relación al paciente Fecha

Esta forma de la autorización se diseña para resolver el requisito de las regulaciones federales de la aislamiento publicadas por HIPAA.
Todos los artículos en esta autorización deben ser terminados por completo o la petición no será honrada.

Telephone (702) 732-1290 ♥ Toll Free (866) 732-1290 ♥ Facsimile (702) 732-1385 ♥ Email: medicalrecords@childrensheartcenter.com
Southern Nevada Main Office: 3006 South Maryland Parkway Ste 690, Las Vegas, NV 89109
Northern Nevada Main Office: 85 Kirman Avenue Ste 401 Reno NV 89502

Revised 7/06/2007
S:\Public\Forms\Medical Records\Records Release Form - Las Vegas (Span).doc