



Authorization to Release Health Information - ROI

PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre Facultad/Practica: _____ Teléfono #: _____ Dirección _____

Facultad/Practica _____ Fax #: _____

Esta autorización debe mantenerse en efecto hasta que la información se haya enviado según requerido o hasta que el tratamiento haya sido completado.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente (P, I, A) _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código _____ Teléfono _____

- Historial Completo
- Mercadeo*
- Historial Financiero
- Examen y evaluación del historial médico en la oficina por el paciente
- Notas psicoterapéuticas— si éste encallado está marcado solo las notas psicoterapéuticas podrían ser divulgadas.
- Estudios Diagnósticos (lista):
- Otros según enlistados
- Información de Citas
- Información de Cobros
- Notas del historial médico y físico.
- _____
- _____

**Compensación financiera es recibida por esta comunicación.*

ENVIAR A:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, State, Zip _____ Teléfono _____

DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FIRMA:

- Tengo derecho a revocar o cancelar esta autorización en cualquier momento.
- Puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida como se describe en este documento.
- La revocación de este documento no es efectiva en los casos en que la información haya sido divulgada, pero sí será efectiva de ahí en adelante.
- La información usada y divulgada como resultado de esta autorización pudiera estar sujeta a ser divulgada por parte de la entidad que la recibe y por lo tanto puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.
- Tengo derecho a reusarme a firmar esta autorización y mi tratamiento no será condicionado a la firma de ésta.

Entiendo que la información divulgada pudiera incluir diagnósticos de enfermedades contagiosas como el VIH.

IMPRIMA SU NOMBRE (Paciente/Representante Autorizado): _____

Fecha _____

Firma del Paciente o Representante Autorizado _____

Descripción de la autoridad del representante personal (adjunte la documentación necesaria) _____

For Gaston Family Health Services Use Only: GFHS Employee Please Complete

Identification Verified Copy of Authorization given to patient
Date of release: _____ via Mail Fax Other _____

Accepted – Released information as described above
 Partially Accepted - Describe patient information not released: _____

Employee Name/Title: _____

Employee Signature: _____