



Date Recieved: _____
 Sent to HIM: Yes No
 Processed by: _____ Date: _____
 Dept. HIM Other _____
 Faxed: Mailed: Picked Up: Emailed:
 ID Verified: _____ (Initial)

Autorización Para Obtener / Divulgar Registros Médicos

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

ESTO ES PARA AUTORIZAR LOS EXPEDIENTES MÉDICOS DESCRITOS CON RESPECTO AL PACIENTE ARRIBA PARA SER LIBERADOS A ____ O DE ____:

**CENTRO MÉDICO NORTH CANYON
 DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS
 267 N CANYON DRIVE
 BUENO, ID 83330
 OFICINA: (208) 934-4433
 FAX: (208) 934-8643 O (208) 735-3732
 CORREO ELECTRÓNICO: ROI@NORTHCANYON.ORG**

REGISTROS QUE SE PUBLICARÁN DE ____ A ____:

INSTALACIÓN / PROVEEDOR / INDIVIDUO: _____

HABLA A: _____ CIUDAD: _____ EXPRESAR: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO #: _____ FAX #: _____

REGISTROS SOLICITADOS (marque todos los que correspondan): **Fecha: Desde** _____ **Hasta** _____

____ **TODOS LOS REGISTROS** ____ **CUIDADOS DE EMERGENCIA** _____ **NOTAS DE CUIDADO RÁPIDO**

____ **CONSULTAS** ____ **HISTORIA Y FISICA** ____ **RESUMEN DE ALTA**

____ **INFORMES DE LABORATORIO** _____ **RADIOLOGÍA**

____ **OTRO:** _____

LOS SIGUIENTES TIPOS DE REGISTROS REQUIEREN UNA AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA: Cada tipo debe tener sus iniciales a continuación para que la solicitud sea válida.

____ **NOTAS PSIQUIÁTRICAS** ____ **TRATAMIENTO PARA LA ADICCIÓN A LAS DROGAS** ____ **TRATAMIENTO PARA EL HIV**

ESTA AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA POR 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA FIRMADA A MENOS QUE UNA FECHA O

EL EVENTO SE ESPECIFICA AQUÍ: _____.

ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE SER REVOCADA EN CUALQUIER MOMENTO POR ESCRITO. PARA REVOCAR, EL PACIENTE DEBE ENVIAR UNA CARTA PIDIENDO QUE SEA REVOCADA AL DIRECTOR DE INFORMACIÓN MÉDICA. DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA COMO RESULTADO DE ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE SIGNIFICAR QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PODRÍA SER LIBERADA POR EL RECEPTOR Y YA NO ESTAR PROTEGIDA POR NORMAS DE PRIVACIDAD FEDERALES.