



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

Autorizacion Para Obtener / Liberar Los Expedientes Medicos

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

ESTO ES PARA AUTORIZAR LOS EXPEDIENTES MÉDICOS DESCRITOS CON RESPECTO AL PACIENTE EN LA PARTE DE ARRIBA PARA QUE SEAN LIBERADOS A _____ O DE _____:

**CENTRO MÉDICO NORTH CANYON
 DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS
 267 N CANYON DRIVE
 GOODING, ID 83330
 OFICINA: (208) 934-4433
 FAX: (208) 934-8643 O (208) 735-7332
 CORREO ELECTRÓNICO: ROI@NORTHCANYON.ORG**

LOS REGISTROS MEDICOS SE OBTENDRÁN DE _____ PARA _____:

INSTALACIÓN / PROVEEDOR / INDIVIDUO: _____

DIRECCION A: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO #: _____ FAX #: _____

REGISTROS SOLICITADOS (marque todos los que correspondan): **Fecha: From _____ To _____**

- _____ **TODOS LOS REGISTROS** _____ **CUIDADOS DE EMERGENCIA,**
- _____ **NOTAS DE CIUDADO RÁPIDO** _____ **HISTORIA Y FISICA** _____ **RESUMEN DE ALTA**
- _____ **INFORMES DE LABORATORIO** _____ **REPORTE DE RADIOLOGIA** _____ **CONSULTAS**
- _____ **IMAGINES DE RADIOLOGIA** _____ **OTHER: _____**

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

_____ **NOTAS SIQUIÁTRICAS** _____ **TRATAMIENTO PARA LA ADICCIÓN A LAS DROGAS**

_____ **TRATAMIENTO PARA EL VIH**

ESTA AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA POR 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA FIRMADA A MENOS QUE UNA FECHA SEA ESPECIFICA DA 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.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____