



**PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:**

- ( ) Abogado/Legal      ( ) Seguro                                      ( ) Cuidado Continuo      ( ) Seguro Social
- ( ) Uso Personal      ( ) Secunda Opinión                                      ( ) Servicios Sociales      ( ) Determinación de incapacidad
- ( ) Investigación      ( ) Cambio de Proveedor/recolocación      ( ) Estudio                                      ( ) Otro \_\_\_\_\_

Esta divulgación será válida inmediatamente y se quedará vigente por el período siguiente:

**Iniciales** (Usted debe firmar con iniciales uno de los siguientes para que la solicitud sea válida)

- \_\_\_\_\_ Esta autorización expira una vez que se divulga la información. Esto es un acceso de una sola vez.
- \_\_\_\_\_ Esta autorización expira según lo especificado: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Esta autorización es válida hasta que se cumpla dicha solicitud, pero no debe exceder los noventa (90) días.
- \_\_\_\_\_ Esta autorización expira al final del estudio de investigación.

**Mi autorización se da libremente con el entendimiento de que:**

1. Puedo rechazar a firmar esta autorización. Entiendo que esta información no puede ser divulgada a menos que sea firmada.
2. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una revocación por escrito a Lincoln Community Health Center, a menos que una compañía de seguros requiere esta autorización, como condición para obtener cobertura de seguros. Mi revocación no se aplicará a la información que Lincoln Community Health Center pueda haber divulgado en dependencia de esta autorización.
3. Habrá una carga para una copia personal de mis expedientes. MRO Corporation se ha contratado para proporcionar este servicio y me facturará directamente. Para las preguntas, llamar al 1-888-252-4146. Una fotocopia o fax de esta autorización es tan válida como la original.
4. Entiendo que existe la posibilidad de que la información divulgada de conformidad con esta autorización pueda ser revelada por el recipiente y en ese momento, pueda que ya no sea protegida bajo la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).
5. Lincoln Community Health Center no puede condicionar mi tratamiento en mi disposición de esta autorización. .
6. Esta autorización es válida únicamente para el período de tiempo especificado anteriormente. Lincoln Community Health Center, sus directores, funcionarios, empleados, agentes y voluntarios se exime de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en si mismo.
7. Una copia de esta autorización y una notación referente las personas o a las agencias a cuales se le hizo la divulgación serán incluidas con mi expediente de salud original.
8. Se me dará una copia de esta autorización firmada si la autorización es a petición de Lincoln Community Health Center.

NOMBRE (En letras de molde): \_\_\_\_\_

FRIMA \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

RELACIÓN (Escoja una):  Paciente     Padre     Guardián     Representativo     Conservador     Otro: \_\_\_\_\_

Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELÉFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Copia de Poder Legal ajunto     Copia de identificación personal o profesional ajunto

Copia de Orden de la Corte ajunto (incluye documentos de custodia)

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO:** Para ser completado por el paciente, representante personal del paciente ó a otra persona designada en la autorización para recibir la información de salud protegida solicitada cuando el paciente, representante ó otra persona que aparece en el Lincoln Community Health Center en persona para recibir la información.

Yo por la presente reconozco que he recibido la información solicitada sobre la salud:

NOMBRE (En letras de molde): \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELÉFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Office Use Only**

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE