



LINCOLN COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

1301 Fayetteville St. - Durham, NC 27707
P.O. BOX 52119 • ZIP: 27717-2119
(919) 956-4000 Fax (919) 687-4257

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD ROTEGIDA

LOCALIZACIÓN DE FACILIDAD:

- Lincoln Community Health Center
Durham Recovery Response
Early Intervention Clinic
Durham County Human Services-Family Medicine
Healthcare for the Homeless Clinic
Hillside Wellness Center
Holton Clinic
Lyon Park Clinic
Walltown Clinic
Lakewood Clinic

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

NOMBRE: Apellidos Nombres

FECHA DE NACIMIENTO: LCHC#/MRN:

Yo, abajo firmante, autorizo la divulgación de expedientes/informaciones confidenciales siguiente:

Expediente/Información Enviado de:

Enviar Información de Expediente A:

Form with fields for Nombre de Facilidad que Envía Expediente, Persona/Agencia, Dirección, and Cuidad, Estado, Código Postal.

() Número de Teléfono () Numero de Fax

Autorización recíproca para divulgación de información (marque si corresponde/autoriza): esta autorización permite que Lincoln Comunista Meath Center tenga un diálogo y discusión continuo entre el personal clínico de Lincoln Comunista Meath Center y la entidad que se identificó anteriormente.

Tipo de expediente(s)/Información que se divulgará: Por favor marque todas las que se aplican:

- Cualquier y Todo
Expediente/ Información específica:
(1) Notas clínicas (2) Evaluación de Salud (3) Expediente de Obstetricia
(4) Pedido de Referido (5) Consulta (6) Lista de Medicinas
(7) Prueba/Tratamiento de Tuberculosis (8) Informe de Patología (9) Registro de Vacunas
(10) Informe/resultados de laboratorio (11) Informe de Radiografía (12) Clínicas de Especialidad
(13) Resumen de cargos y pagos (Indique fechas) (14) Otro:

Fechas de Tratamiento/Información que de divulgará: De: A:

Información protegida de la salud que se divulgará de la manera siguiente: correo correo electrónico fax recoger

INFORMACIÓN DELICADA: Expedientes referente al tratamiento de la salud psiquiátrica/mental; abuso del alcohol/de sustancia; y el tratamiento de VIH/SIDA son cubiertos bajo leyes federales y las leyes de la confidencialidad del estado.

Table with columns for Tratamiento, Iniciales, and Fecha(s) de. Rows include Expediente/INFORMACIÓN PSQUIÁTRICA/SALUD MENTAL, Expediente/INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO DE ALCOHOL/SUBSTANCIA, etc.

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 Comunista Meath 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 Comunista Meath Center pueda haber divulgado en dependencia de esta autorización.
3. Habrá una carga para una copia personal de mis expedientes. MRO Corporación 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 Meath Insúmanse Portatilita and Accountability Acto (HIPAA).
5. Lincoln Comunista Meath 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 Comunista Meath 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 sí mismo.
7. Una copia de esta autorización y una notación referente las personas o a las agencias a cuáles 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 Comunista Meath Center.

NOMBRE (En letras de molde): _____

FIRMA: _____ **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 o a otra persona designada en la autorización para recibir la información de salud protegida solicitada cuando el paciente, representante o otra persona que aparece en el Lincoln Comunista Meath 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 ()** _____

Uso de oficina solamente

SIGNATURE