



# Greater Prince William Community Health Center

Your Home for a Healthy Family and a Healthy Community

4379 Ridgewood Center Dr., Suite 102, Woodbridge, VA 22192

9705 Liberia Ave., Suite 201, Manassas, VA 20110

17739 Main St., Suite 130, Dumfries, VA 22026

Phone : 703.680.7950 Fax : 703.680.7953 www.GPWHealthCenter.org

## Autorización Para Divulgación de Información de Salud

**\*\*Llene el formulario en su totalidad**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Registro Medico (Si lo sabe) \_\_\_\_\_

Autorizo a la siguiente organización que pueda entregar la información médica de los archivos de información de salud del paciente.

**Información Para Enviar De:**

**Información Debe Ser Proporcionada a:**

<input type="checkbox"/> Greater Prince William Community Health Center	<input type="checkbox"/> Greater Prince William Community Health Center
<input type="checkbox"/> Organization/Individual:	<input type="checkbox"/> Organización/ Persona Individua:
<b>Dirección</b>	
<b>Ciudad/Estado</b>	
<b># de Fax</b>	

Fecha de Servicio/s: De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

Verifica la Información confidencial especifica:

\_\_\_ Notas Clínicas \_\_\_ Laboratorio \_\_\_ Ginecología/Obstetras \_\_\_ EKG/Reportes de Cardiología \_\_\_ Informes de Radiología/Radiografías \_\_\_ Vacunas \_\_\_ Historial Médico & Físicos \_\_\_ Reportes de Patología \_\_\_ Notas de Consultas de Referencia \_\_\_ Estado de Cuentas Otros: \_\_\_\_\_

**Autorizo la información a continuación para ser utilizada, divulgada y / o recibida:**

\_\_\_ Información sobre discapacidades del desarrollo \_\_\_ SIDA, VIH, ARC

**El propósito o la necesidad de esta divulgación es:**

- Continua Atención Medica  Legal  Institución de Estudio  Uso Personal/Solicitud de Individuo  
 Beneficios/Seguro  Determinación de Discapacidad  
 Otros (*Especificar*) \_\_\_\_\_

La información puede ser transmitida vía (el consumidor **debe** inicializar cada método de comunicación aprobado)

\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ verbal \_\_\_\_\_ electrónico (**requerido** para completar el deber de advertir) \_\_\_\_\_ copia impresa

- Entiendo que, si la persona o entidad que recibe la información de salud no es un proveedor de atención médica o plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información de salud anterior puede estar sujeta a nueva divulgación y ya no está protegida por estas regulaciones.
- Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para los beneficios.
- A menos que se revoque, esta autorización caducará 1 año a partir de la fecha de la firma o según lo especificado: \_\_\_\_\_
- Puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada / divulgada bajo esta autorización. He recibido una copia de esta autorización.

Además, reconozco que la información que se debe divulgar se me ha explicado y certifico que este consentimiento se otorga por propia voluntad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legalmente designado  
o representante personal (si es aplicable)

\_\_\_\_\_  
Fecha