



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****

Autorizo el uso / divulgación de información de salud, como se describe a continuación, para:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
4 ultimos numeros de su Seguro Social _____

Información Para Enviar De Parte De:

Información Debe Ser Proporcionada a:

<input type="checkbox"/> GPW Health Center <input type="checkbox"/> Organization/Individual:	<input type="checkbox"/> GPW Health Center <input type="checkbox"/> Organización/ Persona Individual:
Dirección:	Dirección:
Ciudad/Estado:	Ciudad/Estado:
Numero de Fax:	Numero de Fax;

*** Tenga en cuenta: Toda la información debe ser completada correctamente para que los registros se envíen de manera oportuna.**

Fecha de Servicio/s: De: ____/____/____ A: ____/____/____ o ____ TODO

Marque la Información específica:

<input type="checkbox"/> Notas Clínicas	<input type="checkbox"/> Ginecología/Obstetras	<input type="checkbox"/> EKG/Reportes de Cardiología
<input type="checkbox"/> Informes de Radiología/Radiografías	<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Historial Médico & Físicos
<input type="checkbox"/> Reportes de Patología	<input type="checkbox"/> Notas de Consultas	<input type="checkbox"/> Laboratorio
<input type="checkbox"/> Estado de Cuentas	<input type="checkbox"/> Otros	

Autorizo que la siguiente información sea utilizada, divulgada y / o recibida:

Información sobre discapacidades del desarrollo SIDA, VIH, ARC

El propósito o la necesidad de esta divulgación es:

<input type="checkbox"/> Continúa Atención Medica	<input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Institución de Estudio	<input type="checkbox"/> Uso Personal/Solicitud de Individuo
<input type="checkbox"/> Beneficios/Seguro	<input type="checkbox"/> Determinación de Discapacidad	<input type="checkbox"/> Otros <i>Especificar</i> _____	

La información puede ser transmitida vía (firme sus iniciales en cada método de comunicación que desea aprobar)

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 incluida 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 rechazo 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 6 meses 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

Fecha

Escriba el nombre del representante legal o legalmente designado