



Formulario Para Divulgación de Información

11670 Atwood Rd. Auburn, CA 95603

Email: records@chapa-de.org Fax: (530) 887-2849

1	Apellido del Paciente	Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento
2	<input type="checkbox"/> Favor de enviar expedientes <u>de</u> Chapa-De (A la Persona/Centro Abajo) *Procesado dentro de 15 días <input type="checkbox"/> Favor de divulgar expedientes <u>a</u> Chapa-De (A la Persona/Centro Abajo)		
3	Nombre Completo de la Organización/Proveedor/Individuo (o Propio)		
	Domicilio		Ciudad
	Estado	Código	Teléfono comenzando con el área
	Envíe por: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo Electrónico: <input type="checkbox"/> Fax:		
4	ELIJA SOLO UNO (1) Por cada divulgación ___ Médica ___ Análisis/Tratamiento VIH/SIDA ___ Tratamiento por uso de Drogas/Alcohol ___ Dental ___ Salud de Comportamiento ___ Optometría		
5	Plazo de Tiempo: <input type="checkbox"/> Última Visita <input type="checkbox"/> Año Pasado <input type="checkbox"/> Todo <input type="checkbox"/> Plazo Especifico:		
6	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso <input type="checkbox"/> Último Examen <input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos <input type="checkbox"/> Libro de vacunas <input type="checkbox"/> Reportes de EKG <input type="checkbox"/> Reportes de Consulta <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio <input type="checkbox"/> Cobros/Pagos <input type="checkbox"/> Rayos X Dentales <input type="checkbox"/> Todo Archivo <input type="checkbox"/> Otra (Especifique) _____		
7	Razón por divulgación: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Transferencia de Cuidado <input type="checkbox"/> Otra _____		
Autorización	Al firmar, autorizo el uso/divulgación de mi información de salud y entiendo que: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Puedo revocar esta autorización a cualquier momento mediante comunicación con Chapa-De por escrito. ▪ Esta autorización es válida por el máximo de un año o esta fecha anterior: ___/___/___. ▪ Quien reciba su información de salud no puede divulgar su información a otros sin primero obtener otra autorización de usted. ▪ Toda información de salud sobre el abuso de Alcohol y Substancias es protegida y solo puede ser divulgada mediante un consentimiento expreso escrito y por separado de la persona a quien se refiere. ▪ Mi tratamiento/elegibilidad de cuidado no se basa en esta autorización. ▪ Esta autorización es voluntaria y una fotocopia o fax de esta autorización es tan válida como la original. ▪ Tengo el derecho a una copia de esta autorización. 		
PARA SER VÁLIDA DEBEN COMPLETARSE LAS SECCIONES 1-7			
Firma x _____ Fecha: ___/___/___ Tel:(_____) _____ - _____			
Si no es el paciente: <input type="checkbox"/> Representante del Paciente (Declare la Relación _____)			