

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre Del Paciente:	Fecha De Nacimiento:
No. De Seguro Social:	No. De Teléfono:
Dirección:	
PROPORCIONAR A	
Yo autorizo a LOBATO FAMILY PRACTICE ; a proporcionar la información de salud como se indica a continuación: a ser liberada Y para propósito de formas alternas de comunicación confidencial el uso de la siguiente dirección de correo electrónico:	
Nombre De Persona/Organización:	
Dirección:	
No. De Teléfono:	Correo Electrónico:
Fechas De Record Médico Proporsionadas:	
<p>LOBATO FAMILY PRACTICE., (LFP) Ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico. Transmitir información vía correo electrónico tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. LFP usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico. De todas formas, LFP no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.</p> <p>Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico yo consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.</p>	
PROPOSITO DE ENTREGA	
<input type="checkbox"/> Continuidad De La Atención	<input type="checkbox"/> Legal
<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Otros Propósitos <i>(especifique aqui)</i>
<input type="checkbox"/> Uso Personal	
INFORMACIÓN A SER RELEVADA	
<input type="checkbox"/> Record Medico Completo	<input type="checkbox"/> Reportes De Operativo
<input type="checkbox"/> Reportes De Radiología	<input type="checkbox"/> <i>Reportes De Patología</i>
<input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <i>Otro (especifique aqui)</i>	
AUTORIZACIONES ESPECIFICAS	
La siguiente información no puede ser relevada sin la especifica autorización dada marcando las casilla(s) siguientes:	
<input type="checkbox"/> Abuso o Tratamiento De Droga/Alcohol	<input type="checkbox"/> Información De Pruebas Genéticas
<input type="checkbox"/> Resultados o Diagnósticos De VIH/SIDA, Enfermedades De Trasmisión Sexual	<input type="checkbox"/> Tratamientos De Salud Mental o Notas De Psicoterapia <i>(Relevar Notas De Psicoterapia requiere una autorización por separado)</i>
Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento excepto cuando la acción ya ha sido tomada. Esta autorización y consentimiento vencerá a un año de la firma del presente formulario. Su cuidado de salud (o pagos por el mismo) no podrán ser afectados firme o no esta autorización. Una vez que su información sea entregada, la misma ya no estará resguardada por las leyes.)	
Firma De Paciente: <i>(Guardián/Representante Legal)</i>	Fecha:
Nombre: <i>(Letra De Molde)</i>	Relación Si No Es El Paciente:
**Si no es la firma del paciente, una copia del documento legal verificando que es el representante del paciente tiene que ser acompañada con este formulario.	