VALLEYHEALTH
Quality healthcare in your neighborhood.

Información de contacto del lugar

Autorización para revelar el expediente médico

PACIENTE Y PROVEEDOR/INFORMACIÓN DEL CENTRO:

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ SSN _____

Dirección _____ Teléfono _____

Autorizo a Valley Health a (elija una opción): ◯ revelar información a ◯ recibir información de

"Mí mismo" **O** Nombre del proveedor/centro _____ Teléfono _____

Dirección _____ Fax _____

◯ Revelar información a MyChart (**SOLO si el paciente está revelando el expediente para sí mismo**)

PLAZO, TIPOS Y FINALIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE SE REVELARÁ:

Escriba las fechas o plazos específicos (No está permitido escribir "todos" y debe completarse): _____

Si solo quiere que se revelen los registros de cierto proveedor/lugar y no de todos, escriba el nombre aquí: _____

Categorías (marque todas las opciones que correspondan): ◯ notas de visitas en el consultorio ◯ resultados de pruebas de diagnóstico ◯ pruebas de laboratorio, incluyendo pruebas de detección de drogas

◯ consultas externas/remisiones ◯ notas de operaciones/hospital ◯ optometría ◯ dental ◯ otro: _____

Finalidad de la revelación: ◯ continuidad de la atención ◯ cambio de clínicos ◯ consulta/segunda opinión ◯ seguro

◯ discapacidad ◯ Compensación de los Trabajadores ◯ escuela ◯ legal ◯ personal ◯ otro (debe especificar): _____

****FIRMANDO ABAJO, RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO LO SIGUIENTE**:**

1) Entiendo que mi expediente médico que se revelará/compartirá podría contener información confidencial relacionada con enfermedades de transmisión sexual/enfermedades transmisibles, VIH/SIDA, pruebas genéticas, condiciones y servicios de salud mental (***EXCLUYENDO LAS NOTAS DE PSICOTERAPIA: SE NECESITA UNA AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA POR SEPARADO***), y consumo de sustancias y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (***INCLUYENDO registros del programa MAT***)
   AUTORIZO QUE SE REVELEN TODAS LAS CATEGORÍAS DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL (INCLUYENDO EL PROGRAMA MAT, SI CORRESPONDE) A MENOS QUE SE INDIQUE OTRA COSA ABAJO:
   ***Escriba lo que NO quiere que se REVELE*:** _____
2) Esta autorización vencerá 1 año después de haber firmado este formulario.
3) Podría cancelar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a la organización proveedora. Mi aviso entrará en vigor el día en que se reciba, excepto en la medida en que ya se hayan tomado las medidas con respecto a la solicitud original.
4) La información que se usó antes de esta autorización podría estar sujeta a que el destinatario vuelva a revelarla y ya no estará protegida por las reglamentaciones federales de privacidad.
5) Valley Health no puede condicionar el tratamiento o el pago a si firmo esta autorización.
6) Si recibo servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, incluyendo el programa MAT en Valley Health, dicha información está protegida según la Parte 2 del título 42 del CFR.

Firma del paciente/tutor legal/representante: _____ Fecha _____

Relación si no es el paciente: _____ *(*Si el paciente falleció, debe dar documentación del administrador/albacea del patrimonio o poder médico*)*

Firma del testigo: _____ Fecha _____