

**LIBERACION DE INFORMACION DE HIPPA**

Autorización Para Usar o Divulgar Informacion de Salud Protegida

(855) 806-0826 Numero de Fax de RAHC

Nombre del Paciente: _____	
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____ SSN: _____
Teléfono de Casa: _____	Teléfono Celular: _____
Dirección: _____	

Doy permiso a Rockbridge Area Health Center para que use y (Escoja una Opción)  
 Mandar mis registros de RAHC a  Recibir mis registros de

Nombre de las Instalaciones o persona	Número de Teléfono/Numero de Fax
---------------------------------------	----------------------------------

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Posta \_\_\_\_\_  
 Fechas que van desde \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

*\*Si no se ha especificado una fecha, solo proporcione los últimos 2 años.*

Solicito que la siguiente documentación sea liberada: (Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/>	Todos los Registros	<input type="checkbox"/>	Notas de Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	Notas del Consultorio Medico	<input type="checkbox"/>	Informes de Registros EKG
<input type="checkbox"/>	Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/>	Registros de inmunizaciones	<input type="checkbox"/>	Registros de Farmacia	<input type="checkbox"/>	Trastornó por Uso de Sustancia
<input type="checkbox"/>	Resultados de rayos x	<input type="checkbox"/>	Registros de Salud Mental	<input type="checkbox"/>	Información de HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	Otra/o

El propósito de la divulgación de información a pedido del individuo es: (Marque uno)

<input type="checkbox"/>	Transferencia de Cuidado	<input type="checkbox"/>	Discapacidad	<input type="checkbox"/>	Copia Personal	<input type="checkbox"/>	Otro:
<input type="checkbox"/>	Seguro	<input type="checkbox"/>	Compensación del Trabajador	<input type="checkbox"/>	Abogada/o	<input type="checkbox"/>	

**\*Si se verifica la transferencia de atención, RAHC se convertirá en mi proveedor de Atención Medica Primaria.**

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización enviando mi solicitud por escrito. Además, entiendo que Rockbridge Area Health Center puede volver a divulgar los registros recibidos bajo esta autorización, excepto los registros de Salud Mental que requieren una autorización de divulgación por separado. También entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización y es estrictamente voluntario. Pero también entiendo que se necesitan ciertos registros para obtener la mejor Atención Medica de calidad. Entiendo completamente acepto los términos de esta autorización que permanecerá vigentes un año después de la fecha la solicitud menos que se indique lo contrario.

\_\_\_\_\_  
 Paciente/Firma del Guardian Legal

Relación al Paciente	Fecha
----------------------	-------