



LIBERACION DE INFORMACION DE HIPAA
 Autorización Para Usar o Divulgar Información 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)

	Todos los Registros		Notas de Fisioterapia		Notas del Consultorio Medico		Informes de Registros EKG
	Resultados de laboratorio		Registros de inmunizaciones		Registros de Farmacia		Trastornó por Uso de Sustancia
	Resultados de rayos x		Registros de Salud Mental		Información de HIV/AIDS		Otra/o:

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

	Transferencia de Cuidado *		Discapacidad		Copia Personal		Otra/o:
	Seguro		Compensación del Trabajador		Abogada/o		

***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