



AUTORIZACIÓN PARA OTORGAR INFORMACIÓN

Date of Service: _____	Time: _____	Loc: _____
Patient Name: _____	Chart # _____	
Address: _____	City: _____	
Home: () _____	Emg: () _____	
DOB: ____/____/____	Sex: _____	Age: _____ Act# _____
Ins. Plan: _____		
(PLACE LABEL HERE)		

SECCIÓN 1

Entiendo que al escoger firmar o no firmar este documento, no afectará la calidad del cuidado que recibo de Northeast Valley Health Corporation. Yo autorizo a Northeast Valley Health Corporation a otorgar, recibir y compartir la siguiente información para el propósito(s) de diagnóstico, tratamiento y referencia. Por favor ponga sus iniciales en las líneas apropiadas.

_____ Archivo Médico Completo

Inicial

_____ Resúmen de Alta Hospitalaria (CCD)

Inicial

_____ Otro: _____

Inicial

_____ Resultado(s) de mi Prueba de VIH

Inicial

_____ Historia de Uso/Abuso de Sustancias
químicas/drogas

Inicial

_____ Historia de Salud Mental

Inicial

Esta autorización es otorgada a:

Nombre de la Agencia: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Fax: _____

Para otorgar información a:

Nombre de la Agencia: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Fax: _____

Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de firma y puede ser revocada en cualquier momento informado verbalmente a un empleado de NEVHC y/o firmando la línea de revocación abajo. Entiendo que puedo pedir solicitar una copia de este formulario para mis registros personales. Entiendo que la información utilizada o divulgada con esa autorización puede ser divulgada por el receptor y puede que ya no esté protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA).

Firma del Paciente/Padre/Apoderado: _____

Firma del Testigo: _____

_____/_____/_____
Fecha de la firma (mes,día,año)

_____/_____/_____
Fecha de la firma (mes,día,año)

SECCIÓN 2

Revocación/Cancelación de Autorización

Imprima el Nombre: _____

Firma del Paciente/Padre/Apoderado: _____

_____/_____/_____
Fecha de la firma (mes,día,año)

Si la cancelación se realiza a través del teléfono, por favor, escríbalo en la línea de la firma así como su nombre

Original al Archivo Médico; Copia a la Agencia; Fotocopia para el Paciente/Cliente si lo solicita