



976 Mountain City Hwy, Elko Nevada 89801
Phone: 775-777-7587 Fax: 775-738-9584

Autorización para entregar información médica a:

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Fax #: _____
Correo electrónico: _____

Información que se entregará: *(Marque todas las aplicables)*

- Toda la información Última visita Electrocardiograma (ECG) Otro _____
 Laboratorio Rayos X Registros de inmunización

Autorización Especial: Marque la casilla o casillas correspondientes Y firmar inmediatamente debajo Al firmar a continuación, estoy autorizando a la oficina a divulgar y toda la información con respect a:

- Alcohol Drogas Salud mental Enfermedades de transmisión VIH SIDA

Note: Si esta versión se refiere a información sobre alcohol, drogas o salud mental. Tenga en cuenta que esta información ha sido divulgada a usted a partir de los registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o de otra manera permitida por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra manera no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar criminalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

Registros del período de tiempo: ____/____/____ a través de ____/____/____

Propósito de la divulgación: (Compruebe el propósito aplicable)

- Continuación de Atención Médica Pago de la reclamación de seguro Legal
 Personal Reclamación de compensación al trabajador Otro: _____

Entiendo que esta autorización será válida por un (1) año. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas.

Entiendo que un honorario razonable se puede cargar para la duplicación de expedientes. Una estimación de esos cargos se proporcionará previa solicitud antes de la duplicación.

Lo entiendo el solicitante puede ser provisto con una copia de esta autorización.

Firma del Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

For office use only:

MR#

Date

Initials of Staff Member Sending