



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

DE ACUERDO CON EL REGISTRO HIPAA. 45 CFR 164.508, POR LA PRESENTE AUTORIZO A TETON VALLEY HEALTH A

DIVULGAR A OBTENER DE

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fax: _____ Teléfono: _____

FORMATO: CORREO RECOGER FAX CORREO ELECTRÓNICO SEGURO: _____

Fechas de tratamiento desde: _____ hasta: _____ Vencimiento: _____
(Máximo de 12 meses a partir de la fecha de la firma)

Todos los registros Consultas Informes de laboratorio Informes e imágenes de radiología
 Informes de urgencias Vacunas Otros: _____

Si no se especifica la fecha de vencimiento, esta solicitud vencerá en 365 días a partir de la fecha de la firma.

Derechos del paciente en relación con esta autorización: Puede negarse a firmar esta autorización. No condicionaremos su tratamiento si es que o no firma la autorización, a menos que la autorización sea para el uso o la divulgación de información para el tratamiento relacionado con la investigación, o a menos que su tratamiento tenga únicamente el propósito de divulgar información a un tercero. Puede revocar esta autorización en cualquier momento a menos que hayamos tomado medidas en base a la autorización. Para revocar esta autorización, debe enviar una solicitud por escrito a: Teton Valley Health; ATTN: Departamento de Registros Médicos 120 East Howard Avenue; Driggs, ID 83422 o proporcione una fecha de vencimiento de este comunicado. Si el destinatario vuelve a divulgar la información divulgada de conformidad con esta autorización, es posible que ya no esté protegida por la ley aplicable.

He leído y entiendo esta autorización, incluidos mis derechos al respecto, como se establece anteriormente. Sé que es posible que Teton Valley Health no brinde acceso a ciertos tipos de registros médicos que están protegidos por la ley, como las notas de psicoterapia, y es posible que requiera una divulgación por separado. Entiendo que la regulación permite a las entidades hasta 30 días para responder y procesar mi solicitud, con la opción de usar una extensión por 30 días adicionales, si es necesario. Si se niega el acceso, tengo derecho a apelar esa decisión poniéndome en contacto con la Administración de Salud de Teton Valley o con el Secretario de HHS. También entiendo que se me cobrará 25¢ por página por copias o resúmenes de mi PHI y tendré que pagar antes de recibirlos.

Firma del Paciente o Representate Legal Relación con el/la paciente Fecha

SÓLO PUEDE FIRMAR EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL. SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS, SÓLO PUEDE FIRMAR UN PADRE/ MADRE, SU REPRESENTANTE LEGAL O UN TUTOR LEGAL.

Staff Use Only:

Info already released Needs to be released Faxed Date: _____ Mailed Date: _____

Fax: (208) 354-8392
Email: medicalrecords@tvhcare.org

120 East Howard Avenue
Driggs, ID 83422
(208) 354-2383