

The Centers for Kidney Care
Autorización para la Publicación de Información de Salud Protegida (PHI)

Por favor complete todos los campos abajo para la versión de PHI o derecho de tener acceso.		
Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Seguro Social: (opcional):
Nombre de la persona a quien se publica la información:		Relación con el Paciente:
1.		
2.		
3.		
4.		
<p>Esta autorización tendrá validez hasta que permiso escrito esta dado por mi revocar esa autorización o a menos que se complete la siguiente información por debajo: (llenar en la fecha o evento, <u>pero no las dos</u>).</p> <p>Fecha: _____ Evento: _____</p>		
Propósito de Divulgación:		
<input type="checkbox"/> Todo PHI en Registro	<input type="checkbox"/> Pedidos Médicos	<input type="checkbox"/> Demografía
<input type="checkbox"/> Historia y físico	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Servicios de Rehabilitación
<input type="checkbox"/> Informe de Consulta	<input type="checkbox"/> Imágenes/Radiología	<input type="checkbox"/> Pruebas particulares /Terapia
<input type="checkbox"/> Informe Operativo	<input type="checkbox"/> Notas de Enfermería	<input type="checkbox"/> Factura(s) Detallada(s)
<input type="checkbox"/> Notas de Progreso	<input type="checkbox"/> Registro de Medicamentos	<input type="checkbox"/> Otro
<p>Reconozco que todos los registros médicos lanzados pueden contener uso indebido de alcohol o drogas, psiquiatrico, pruebas de VIH, resultados de VIH o información del Sida. _____ (Iniciales)</p> <p>Entenderlo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Permiso negarse a firmar esta autorización y mi tratamiento no estará condicionada a la firme de esta autorización (excepto para servicios no conexos de salud como pruebas pre-empleo, exámenes de seguros de vida, o proyecciones de drogas). 2. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito; pero, si lo hago, no tendrá ningun efecto sobre las medidas adoptadas antes de recibir la revocación. Puede encontrar mas información en la Notificación de Practicas de Privacidad. 3. Si el solicitante o el receptor no es un plan de salud o proveedor de atención medica, la información publicada ya no puede estar protegida por las regulaciones de privacidad federal y puede ser revelada de nuevo. 4. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, para una cuota razonable. 		
He leído lo anterior y autorizo a The Centers for Kidney Care para liberar la información de salud protegida como se indica.		
Firma del Paciente/Guardián/Representante del paciente:		Fecha de hoy:
Imprimir el nombre del Paciente o Representante:		Relación al Paciente: