

NORTHERN COCHISE COMMUNITY HOSPITAL

901 W. Rex Allen Drive, Willcox AZ 85643

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE PROTECCION DE LA SALUD

Yo autorizo el Northern Cochise Community Hospital a divulgar información médica protegida de la historia clínica de:

Nombre del Paciente _____

Fecha de nacimiento del paciente _____

Dirección del Paciente _____

Número de Teléfono del Paciente (opcional) _____

E-mail del Paciente (opcional) _____

Registros liberados a: _____

Formato de registro (por favor circule uno): Impreso / USB / CD / Email / Fax

Fecha (s) del servicio solicitado _____

POR FAVOR, INDIQUE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historia y Examen Físico | <input type="checkbox"/> Notas de administración de casos |
| <input type="checkbox"/> Resumen de la descarga | <input type="checkbox"/> Notas dietéticas |
| <input type="checkbox"/> Informe Médico Sala de Emergencias | <input type="checkbox"/> Prescripción |
| <input type="checkbox"/> ER Notas de Enfermería | <input type="checkbox"/> Instrucciones de la descarga |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de Registro | <input type="checkbox"/> Paciente pertenece Lista |
| <input type="checkbox"/> Informes de cirugía | <input type="checkbox"/> Directivas Anticipadas / POA |
| <input type="checkbox"/> Médicos notas de progreso | <input type="checkbox"/> Directorio Opt Out |
| <input type="checkbox"/> Informes de Radiología | <input type="checkbox"/> Informe sobre Tendencias de la lista |
| <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Consentimiento para el tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Informe EKG / Telemetría | <input type="checkbox"/> Las decisiones de salud Formulario |
| <input type="checkbox"/> Ordenes del médico | <input type="checkbox"/> Consentimientos operativos |
| <input type="checkbox"/> Notas de Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Recepción de las prácticas de privacidad |
| <input type="checkbox"/> Restos Humanos Forma de Liberación | <input type="checkbox"/> Hoja de cara |
| <input type="checkbox"/> Formulario de Medicamentos Reconciliación | <input type="checkbox"/> Notificación de no cobertura |
| <input type="checkbox"/> Factura detallada | <input type="checkbox"/> De Medicare (s) |
| <input type="checkbox"/> Imagen de la herida | <input type="checkbox"/> Pre-hospitalización Notas |

NORTHERN COCHISE COMMUNITY HOSPITAL

901 W. Rex Allen Drive, Willcox AZ 85643

AUTORIZO AL PROVEEDOR DE DIVULGAR PHI EN RELACION CON:

- SIDA / VIH y otras enfermedades transmisibles
- Salud del comportamiento / La atencion psiquiatrica / Informacion sobre salud mental
- El alcohol y / o tratamiento del abuso de drogas

DOCUMENTOS ELECTRONICOS MANTENERSE (solo para pacientes hospitalizados)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Paciente acumulativa Informe | <input type="checkbox"/> Informe de Administracion de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Informe Detallado de las Rondas | <input type="checkbox"/> Shift Informe de Actividades |
| <input type="checkbox"/> Informe actual plan de cuidados | <input type="checkbox"/> El cuadro del paciente Componente Informe |
| <input type="checkbox"/> Paciente Informe Perfil de Atencion | <input type="checkbox"/> Cuidado del Paciente Notas Informe |
| <input type="checkbox"/> Informe complete el cuadro de los pacientes | <input type="checkbox"/> Informe de Evaluacion incompleta |
| <input type="checkbox"/> Informe de resultados pendientes | <input type="checkbox"/> Informe de lista de trabajos |
| <input type="checkbox"/> Informe Detallado de visitas diarias a pacientes | <input type="checkbox"/> Medicamentos este Perfil |
| <input type="checkbox"/> Historia Clinica perfil Informe | <input type="checkbox"/> Orden de Trabajo la lista |

Entiendo que el hospital no condicionar el tratamiento a mi firma de esta autorizacion. El hospital no me va a negar el tratamiento si no desea firmar esta forma. Tambien entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento, con algunas excepciones. Para mas detalles sobre la revocacion de esta autorizacion que pueda leer el Aviso del Hospital de practicas de privacidad. Para revocar esta autorizacion que debe presentar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad del hospital.

Entiendo que si esta informacion sea divulgada a terceros, la informacion puede no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad y puede volver a ser divulgada por la persona u organizacion que recibe la informacion. Entiendo los asuntos discutidos en este formulario. Yo entiendo que el proveedor, sus funcionarios empleados y directores, miembros del personal medico y socios de negocios de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgacion de la informacion anterior en la medida indicada y autorizado en la presente.

Firma del paciente

Fecha

Firma del Representante Legal

Relacion con el paciente

Descripcion de la autoridad de la Ley del Paciente:

Notas:
