



MGMC USE ONLY	Date Released:	Released by:
	MRN:	Comments:

1. Información del paciente

Nombre	ha de nacimiento	Teléfono / Dirección de correo electrónico	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

2. Intercambio de información entre: MGMC

Nombre de la instalación		
Dirección	Teléfono / fax	
Ciudad	Estado	Código Postal

3. y (una sola organización por autorización)

Nombre de la instalación (paciente, hospital...)		
Dirección	Teléfono / fax	
Ciudad	Estado	Código Postal

4. Información a divulgar: indique verbal y / o escrito.

___ Registros médicos escritos / electrónicos, por favor especifique lo que se solicita:

Fechas o condiciones _____ Otro _____

___ Intercambio de comunicación verbal entre entidades señaladas en la Sección 2 y la Sección 3

5. Propósito de la divulgación: Coordinación de la atención Legal Otro según lo especificado _____

Esta autorización es voluntaria. La negativa a firmar no afectará la capacidad del paciente para obtener tratamiento, pago o si aplicable, inscripción en un plan de salud o elegibilidad de beneficios. Tenga en cuenta si el registro del paciente se proporciona en un formato no cifrado, Mary Greeley Medical Center no puede garantizar la privacidad de la información. Otros formatos pueden ser Considerado dependiendo de las restricciones del sistema. Tenga en cuenta que se siguen las pautas mínimas necesarias para todas las solicitudes.

6. Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con (marque todo lo que corresponda):

Salud mental Relacionado con el VIH (incluyendo pruebas de SIDA) Tratamiento de abuso de sustancias Pruebas genéticas

Firma _____ Fecha _____ Hora _____

Los registros de salud mental y abuso de sustancias pueden divulgarse sin el consentimiento específico del paciente de conformidad con la ley 'para fines de coordinación de la atención' si no está restringida por la ley o regulación federal, o como se define en Aviso de prácticas de privacidad disponible en www.mgmc.org.

7. Firma del paciente / representante _____ Fecha _____ Hora _____

Relación con el paciente si firmada por el representante _____

8. Esta autorización vence SEIS MESES a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario.

Esta autorización puede ser revocada notificando a Mary Greeley Medical Center por escrito:

Oficial de privacidad c / o Centro médico Mary Greeley, 1111 Duff Ave, Ames, IA 50010

9. **Aviso:** Es posible que la información médica protegida ya haya sido divulgada antes de que se reciba la revocación. Si es así, el la revocación será efectiva solo a partir de la fecha en que la reciba el centro médico. Si el destinatario de la información divulgado de conformidad con esta autorización no es un proveedor de atención médica, plan de salud o centro de información de atención la información puede estar sujeta a la divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes federales de prireregulaciones

10. Una copia de esta autorización completa está disponible a pedido.