



Van Wert Health

1250 South Washington Street
Van Wert, Ohio 45891
(419) 238-2390

Teléfono de registros médicos: (419) 238-8684

Fax de registros médicos: (419) 238-4668

Piso solicitante: _____

Teléfono #: _____ Fax #: _____

Identificación verificada: Si/No ¿Cómo?: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

• _____, _____, _____
(Nombre legal completo del paciente) (Nombre anterior) (Fecha de nacimiento)

_____ (dirección)

_____ (Teléfono #)

• De: _____
(Agencia) _____

Para: _____
(Agencia) _____

• Información específica que se publicará:

• Por la presente divulgo la información anterior con el propósito de: _____

• Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad no están condicionados por mi firma de esta autorización.

• Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de privacidad.

• Esta información puede enviarse, recogerse o transmitirse por fax. Permita de 7 a 10 días hábiles después de completar el registro médico. Por la presente autorizo la revisión y / o divulgación de información, incluyendo, si corresponde, pruebas de laboratorio específicas de infección por VIH o el diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o afecciones relacionadas con el SIDA. Si la información anterior incluye abuso de alcohol y / o drogas, salud psicológica o mental o discapacidades del desarrollo, autorizo esta inclusión de información.

HE LEÍDO LA DECLARACIÓN ANTERIOR Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN
QUE PUEDE SER REVISADA Y / O PUBLICADA POR ELLA: Yes No

• Entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito. Esta autorización permanecerá vigente por sesenta (60) días a menos que se retire por escrito. La información anterior no se proporcionará, venderá, transferirá ni transmitirá de ninguna manera a ninguna persona no especificada en esta autorización sin obtener primero mi consentimiento adicional por escrito. Además, acepto que el Hospital o sus agentes pueden cobrarme a mí o a cualquier destinatario designado el costo incurrido en la preparación de la copia de los registros médicos solicitados. Una copia de esta autorización será tan válida como el original.

(Firma del paciente)

(Firma del padre, tutor, poder notarial)

(Fecha)

(Relación)

(Testigo)

(Fecha)