



SOLO PARA USO DE MGMC	Fecha de publicación:	Publicado por:
	MRN:	Comentarios:

1. Información del paciente

Nombre (Apellido, primer nombre, inicial de segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Teléfono/Dirección de correo electrónico	
Dirección de calle	Ciudad	Estado	Código postal

2. Intercambio de información entre: MGMC 3. Y (solo 1 n.º de teléfono por persona u organización por autorización)

Nombre (por ejemplo, centro de salud, médico)		
Dirección	Teléfono/Fax	
Ciudad	Estado	Código postal

Nombre (compañía de seguros, abogado, escuela, médico, paciente, otro)		
Dirección	Teléfono/Fax	
Ciudad	Estado	Código postal

4. Información a divulgar: Indique si se realiza de forma oral o escrita.

___ Historias clínicas escritas o electrónicas, especifique lo que se solicita:

Fechas o condiciones _____ Otros _____

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

5. Propósito de la divulgación: Coordinación para cuidados Legal Otro según se especifica _____

Esta autorización es voluntaria. La negativa a firmar no afectará la capacidad del paciente para obtener tratamiento, pago o, si corresponde, inscripción en un plan de salud o elegibilidad de los beneficios. Tenga en cuenta que, si el registro del paciente se proporciona en un formato no cifrado, Mary Greeley Medical Center no puede garantizar la privacidad de la información. Se pueden considerar otros formatos según 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 Relacionada con el VIH (incluidas las 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 de Iowa "para fines de coordinación de la atención», si no está restringido por la ley o regulación federal, o como se define en el Aviso de Práctica de Privacidad disponible en www.mgmc.org.

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

Relación con el paciente, si firma el representante _____

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

Esta autorización se puede revocar al notificar a Mary Greeley Medical Center por escrito:

Oficial de privacidad c/o Mary Greeley Medical Center, 1111 Duff Ave, Ames, IA 50010

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

10. Se encuentra disponible una copia de esta autorización completa a solicitud.

