AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a pie y tobillo Center de Nebraska y Iowa a divulgar mi información de salud protegida como se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que la información divulgada en conformidad con esta autorización puede ser objeto de revelar por el destinatario y no puede estar protegida por ley federal o estatal. Entiendo que mi información de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), los servicios de salud mental o conductual o tratamiento de alcohol o abuso de drogas. Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en esta forma si pido para él, y que recibiré una copia de este formulario después de lo firme. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando aviso por escrito, pero si lo hago no afectará cualquier acción tomada antes de recibir mi revocación. ***entiendo que la limitación o revocación de autorización para compartir información médica con mi proveedor de seguros significa que soy responsable de todos los cargos y tendrá que pagar por los servicios prestados en el momento de mi visita.*** También reconozco que me he ofrecido información sobre mis derechos por el pie y tobillo centro de Nebraska y Iowa.

Entiendo que mi tratamiento no estará condicionada en si proporcionar autorización para solicitar el uso o divulgación excepto (1) si mi tratamiento está relacionado con la investigación, o (2) servicios de atención médica son proporcionados para mí únicamente para el tratamiento de protección información de salud para la divulgación a terceros.

Las personas u organizaciones para recibir la información:

___ Médicos y proveedores de servicios médicos
___ Instalaciones médicas y hospitales
___ Proveedor de seguros
___ Toda familia
___ Cónyuge
___ Otros _____

La información específica de libertad/revelarse se especifica a continuación:

___ Completar registro médico
___ Notas de progreso
___ X-Rayos
___ Informes operativos
___ Laboratorio los informes
___ Rregistros de facturación y reclamación
___ Otros _____
_____

Por favor excluir (Indique al colocar mis iniciales): ___ Información de HIV/AIDS ___ Salud mental ___ Drogas / tratamiento de alcohol

Esta información debe ser usada/revelada para solamente los propósitos siguientes: _____
(Ningún propósito necesita ser indicado si la solicitud se hace por el paciente y el paciente no desea el fin del estado)

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del paciente o representante _____ Fecha_____