



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

# SERVICIOS MÉDICOS

## Autorización para comunicación de información médica

Según las reglas y reglamentaciones de HIPAA, KANA no puede revelar la información médica de un paciente a nadie sin el consentimiento del paciente. Si usted quiere que alguien más participe en la coordinación de su atención, complete este formulario. **Toda la información se debe completar totalmente y ser precisa o el documento no será válido.**

Nombre del paciente (apellido, nombre):		MI:	
Teléfono:		Fecha de nacimiento:	
Dirección del paciente:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

**EL SOLICITANTE DEBE DAR UNA COPIA LEGIBLE DE IDENTIFICACIÓN LEGAL CON ESTE FORMULARIO**

**Autorizo a Kodiak Area Native Association para revelar verbalmente mis registros a la siguiente persona:**

Nombre (apellido, nombre):		MI:	
Teléfono:		Fecha de nacimiento:	
Relación:			

**Descripción de la información específica que se revelará; ponga una  en todas las casillas aplicables abajo:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hacer o cancelar citas por mí  | <input type="checkbox"/> Hablar con mi dentista u otro personal dental en mi nombre                        |
| <input type="checkbox"/> Hablar con mi médico u otro personal del centro médico en mi nombre                        | <input type="checkbox"/> Hablar sobre la información de facturación con el personal de facturación de KANA |
| <input type="checkbox"/> Hablar sobre mis necesidades de viaje con los especialistas en viajes de pacientes de KANA | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |

Nombre (apellido, nombre):		MI:	
Teléfono:		Fecha de nacimiento:	
Relación:			

**Descripción de la información específica que se revelará; ponga una  en todas las casillas aplicables abajo:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hacer o cancelar citas por mí  | <input type="checkbox"/> Hablar con mi dentista u otro personal dental en mi nombre                        |
| <input type="checkbox"/> Hablar con mi médico u otro personal del centro médico en mi nombre                        | <input type="checkbox"/> Hablar sobre la información de facturación con el personal de facturación de KANA |
| <input type="checkbox"/> Hablar sobre mis necesidades de viaje con los especialistas en viajes de pacientes de KANA | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |

Nombre (apellido, nombre):		MI:	
Teléfono:		Fecha de nacimiento:	
Relación:			

**Descripción de la información específica que se revelará; ponga una  en todas las casillas aplicables abajo:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hacer o cancelar citas por mí  | <input type="checkbox"/> Hablar con mi dentista u otro personal dental en mi nombre                        |
| <input type="checkbox"/> Hablar con mi médico u otro personal del centro médico en mi nombre                        | <input type="checkbox"/> Hablar sobre la información de facturación con el personal de facturación de KANA |
| <input type="checkbox"/> Hablar sobre mis necesidades de viaje con los especialistas en viajes de pacientes de KANA | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |

Entiendo que esta autorización es válida a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo revocar esta autorización presentando una solicitud por escrito a Servicios de Información Médica (Health Information Services) de Kodiak Area Native Association, excepto en la medida en que se hayan tomado acciones al respecto.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

Solo para uso de KANA:

Número de expediente médico (MRN): \_\_\_\_\_ Fecha de copia: \_\_\_\_\_ Iniciales del empleado: \_\_\_\_\_ Actualizado en 06/2023

3449 REZANOF DRIVE EAST KODIAK AK 99615 | (907) 486-9800 | WWW.KODIAKHEALTHCARE.ORG

RESPECTO | COMPARTIR | ATENCIÓN | ORGULLO | CORTESÍA