



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

SERVICIOS MÉDICOS

Autorización para uso y revelación de información médica

Toda la información se debe completar totalmente y debe ser precisa antes de revelar los registros médicos.

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

La información se debe revelar por:		Y se debe dar a:	
Nombre del centro:		Nombre de la persona/centro/organización:	
Dirección:		Dirección:	
Ciudad, estado, código postal:		Ciudad, estado, código postal:	
Teléfono:	Fax:	Teléfono:	Fax:

Autorizo que la siguiente información se revele a/de KANA:

- Registros de las siguientes fechas: _____
- Solo información relacionada con (lesión específica, accidente o enfermedad/tratamiento particular):
- Otra información especificada en la parte de atrás de este formulario;
- Otra información especificada abajo;

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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registros de inmunización | <input type="checkbox"/> Reportes de radiología | <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio/patología |
| <input type="checkbox"/> Listas de medicamentos | <input type="checkbox"/> Notas del proveedor | <input type="checkbox"/> Otros (especifique abajo) |
| <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Facturación | |

La información se revelará para los siguientes propósitos (el solicitante DEBE elegir uno de los siguientes):

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro | <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Escuela |
| <input type="checkbox"/> Fuerzas de orden público | <input type="checkbox"/> Uso personal | <input type="checkbox"/> Uso militar | <input type="checkbox"/> Transferencia de la atención a otra clínica |

La información se revelará: En persona Correo Fax

Correo electrónico* a la siguiente dirección de correo electrónico: _____

**El envío de información por correo electrónico aumenta los riesgos de la privacidad, ya que incluyen un mayor riesgo de revelación accidental*

Entiendo que la información revelada mediante esta autorización puede estar sujeta a una nueva revelación y es posible que ya no esté protegida por la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (45 C.F.R., Partes 160 y 164) y la Ley de Privacidad de 1974 [5USC 522a.]. Entiendo que puedo pedir una copia de esta autorización. Entiendo que una fotocopia/fax de esta autorización es tan válida como la original. Entiendo que la información médica revelada, si está cubierta por la Ley Federal 42 S.F.R., Parte 2 (Registros de abuso de alcohol y drogas), continuará teniendo la protección de la ley contra la nueva revelación. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago de mis beneficios elegibles.

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 8/2023

Autorización para uso y revelación de información médica

Complete SOLO si quiere que se revele cualquiera de la siguiente información confidencial sobre tratamientos por drogas/alcohol, enfermedad de transmisión sexual, VIH/SIDA o salud mental/conductual.

Usted **DEBE ESCRIBIR SUS INICIALES** en todas las casillas aplicables abajo:

	Información relacionada con el tratamiento por drogas/alcohol
	Información relacionada con el tratamiento de cualquier enfermedad de transmisión sexual, incluyendo el VIH o el SIDA
	Información relacionada con el tratamiento de enfermedades relacionadas con la salud mental/conductual
	Evaluación de admisión
	Evaluación neuropsicológica
	Evaluación psiquiátrica
	Evaluación psicológica
	Plan de tratamiento
	Revisión del plan de tratamiento
	Equipo de respuesta urgente conductual (BURT)
	Lista de medicamentos
	Resumen de asistencia
	Resumen de participación
	Expediente completo de salud mental/conductual
	Otra documentación de salud mental/conductual según se especifica:

La información se revelará: En persona Correo Fax

Correo electrónico* a la siguiente dirección de correo electrónico: _____

**El envío de información por correo electrónico aumenta los riesgos de la privacidad, ya que incluyen un mayor riesgo de revelación accidental*

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

Solo para uso de KANA:

Número de expediente médico (MRN): _____ Fecha de copia: _____ Iniciales del empleado: _____