CIFC Health

Autorización para Divulgar u Obtener Información de Salud

Nombre del Paciente/Cliente:_____Fecha de Nacimiento:_____

Teléfono de Casa:_____Celular:_____

Dirección:_____ Correo Electrónico: _____

Autorizo a **CIFC Health** a: ☐ **DIVULGAR** Y/O ☐ **OBTENER** la información que se indica a continuación a/de:

Nombre:_____ Dirección:_____

Teléfono:_____ Fax:_____ Correo Electrónico:_____

Método de Entrega: ☐ Correo ☐ Fax ☐ Recogida por: _____

Información que se va a divulgar u obtener:

☐ Expediente Completo ☐ Notas de Consulta ☐ Mensajes (TE)

☐ Notas de Progreso/Sesión ☐ Registros de Facturación ☐ Otro: _____

Para las siguientes fechas de servicio:_____

Marque a continuación si alguna (o todas) de las siguientes categorías de **información sensible** debe ser incluida:

☐ Salud Psiquiátrica/Conductual ☐ Abuso de Drogas/Alcohol* ☐ Información Relacionada con VIH/SIDA

☐ Salud Reproductiva

*Si no desea divulgar toda su información sobre el consumo de drogas/alcohol, por favor indique qué información desea excluir:

_____

Solicito la divulgación de la información anterior para el/los siguiente(s) propósito(s):

☐ Uso Personal ☐ Coordinación de Atención ☐ Legal ☐ Discapacidad ☐ Compensación Laboral

☐ Seguro/Beneficios ☐ Otro:_____

- Entiendo que tengo el derecho legal de revocar esta autorización en cualquier momento y entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a **CIFC Health**. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza.
- Entiendo que una vez que la información anterior sea divulgada, el destinatario puede volver a divulgarla y la información puede no estar protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad. Entiendo que autorizar el uso o divulgación de la información identificada es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es necesario que firme este formulario para recibir tratamiento médico. Puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad si tengo preguntas sobre mi información de salud.
- Esta autorización **vencerá 90 días después de la fecha de la firma,** a menos que se indique aquí una fecha de vencimiento diferente:

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo este formulario de autorización y que **CIFC Health** tiene 30 días para cumplir con mi solicitud de copias de los registros.

Firma del Paciente/Representante Legal: _____ **Fecha**: _____

Nombre en Letra de Molde: _____**Relación con el Paciente**: _____

Uso Exclusivo de la Oficina de CIFC Health (solo requerido cuando los registros se entregan en mano.) Fecha de recepción y firma: ____ / ____ / ____

El personal de CIFC Health verificó la identidad del destinatario en persona mediante: ☐ Identificación con foto ☐ Foto en el archivo

Nombre del personal:_____ Firma:_____