



Open Door Clinic of Alamance County

# DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS Y DIVULGACIÓN DE HIPAA

424 RUDD STREET, SUITE 102  
27217, BURLINGTON, CAROLINA DEL NORTE  
336-670-9800 (OFICINA)  
336-570-3376 (FAX)  
INFO@OPENDOORCLINIC.NET  
WWW.OPENDOORCLINIC.NET

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Últimos 4 Dígitos de SS # \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

**Marque la casilla correspondiente:**

Autorizo a Open Door Clinic del Condado de Alamance a **OBTENER** registros de mi proveedor médico anterior.

Autorizo la **LIBERACIÓN** de mis registros médicos de Open Door Clinic del Condado de Alamance.

Autorizo a Open Door Clinic del Condado de Alamance a **DISCUTIR** mi cuidado médico con \_\_\_\_\_

**Oficina para obtener registros de/liberar registros para:**

Nombre de la oficina \_\_\_\_\_  
& Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**Esta información debe divulgarse con el propósito de:**

Continuidad de atención  Uso Personal  Representación Legal  Comunicación Bidireccional  otro: \_\_\_\_\_

**Información a divulgar:**

Libera mis registros médicos de \_\_\_\_\_ (fecha de inicio) to \_\_\_\_\_ (fecha final).

**Información a divulgar (marque todas las que correspondan):**

Notas de progreso de la oficina  Resultados de laboratorio  Lista de medicamentos  Registro de inmunización  Registros de tratamiento de salud mental  Evaluaciones psiquiátricas  Fechas de servicio(s)  otro: \_\_\_\_\_

Divulgar todo mi registro médico para todas las fechas de servicio, incluido cualquier información sobre drogas, alcohol o VIH.

Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. La revocación no se aplicará a la información que ya haya sido publicada en respuesta a esta Autorización. Debo revocar esta Autorización por escrito, en la Clínica Open Door del Condado de Alamance. Puedo negarme a firmar esta Autorización: Al hacerlo, esto no tendrá ningún efecto en la condición de mi tratamiento o elegibilidad para recibir servicios. Una tarifa pudiese ser cobrada por copiar la información de salud protegida.

He sido informado y entiendo que la información divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de un destinatario de dicha información. Es posible que una vez divulgada, la privacidad de la información ya no esté protegida por la ley federal de privacidad médica. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización expirará en un año a partir de la fecha de firma.

Firma del paciente/poder notarial: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_