



Autorización para usar, divulgar y Acceder a información médica protegida

Nombre del paciente: _____ MRN: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de teléfono: _____

Autorizo por el presente: (marque todo lo que corresponda)

Brodstone Healthcare
520 East 10th Street
Superior, NE 68978
Phone: 402-879-3281
Fax: 402-879-3332

Brodstone Family Medical Center Superior
525 East 11th Street
Superior, NE 68978
Phone: 402-879-4781
Fax: 402-879-3365

Brodstone Family Medical Center Edgar
315 North C Street
Edgar, NE 68935
Phone: 402-224-3344
Fax: 402-24-3099

Brodstone Family Medical Center Nelson
76 West 8th Street
Nelson, NE 68961
Phone: 402-225-2375
Fax: 402-225-2084

Brodstone Family Medical Center Deshler
5427 Highway 136
Deshler, NE 68340
Phone: 402-207-1132
Fax: 402-207-1083

a: Obtener de: Divulgar a: Permitir el acceso a:

Organización o persona: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad y estado: _____

Fechas del tratamiento: _____

Información que se divulgará:

- Historia clínica y examen físico
- Informes de consultas
- Registro financiero
- Notas de progreso
- Registros de la sala de emergencia
- Registro completo
- Informes de laboratorio
- Resumen del alta
- Registro Centro de prosperidad
- Informes de radiología
- Plan posterior a la atención
- Otros: _____

Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con lo siguiente:

- Abuso de sustancias (incluido el consume de alcohol o drogas)
- Salud mental
- Información relacionada con el VIH/SIDA (incluidos los resultados de pruebas)

Comprendo y reconozco lo siguiente:

1. Si me niego a firmar esta autorización, esto no afectará mi capacidad para recibir tratamiento en Brodstone Healthcare o en Brodstone Family Medical Centers.
2. La información médica que se divulgará en virtud de esta autorización puede estar sujeta a que el receptor la divulgue nuevamente y ya no estará protegida por la ley estatal o federal.
3. Esta autorización tendrá vigencia durante 12 meses a partir de la fecha en que se firme. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una notificación escrita a Brodstone Healthcare. Mi revocación no entrará en vigencia para las medidas que ya se hayan tomado en virtud de mi autorización.

Firma del paciente o del representante legal

Fecha

Internal Use Only	
Originated	Completed

Relación con el paciente si firmó el representante legal