

Paciente Información	Nombre del paciente		También conocido como / Apellido de soltera / Otros	
	Dirección		Ciudad (*): Estado (*): Código postal	
	Fecha de nacimiento	Teléfono	Dirección de correo electrónico	
	/ /			
	Nombre de la instalación		Dirección	teléfono #
ser Liberado Desde:	Hospital de la Comunidad de Huntington Park	2623 E. Slauson Ave. Huntington Park, CA 90255	323-583-1931 Ext. 6630	323-589-5288
Información ser Lanzado a:	Nombre del Hospital / Clínica / Médico / persona			
	Dirección		Ciudad (*): Estado (*): Código postal	
	Teléfono		fax (atención al paciente urgente)	
Para qué Propósito:	<input type="checkbox"/> Continuación de Cuidado <input type="checkbox"/> Personal Use <input type="checkbox"/> Seguros Legal <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____			
Información ser Liberado:	Fechas de Servicio: From _____ To _____ <input type="checkbox"/> History y Física <input type="checkbox"/> Resumen de alta Informe <input type="checkbox"/> Informe Consultation <input type="checkbox"/> Informe Operative <input type="checkbox"/> Informe Pathology <input type="checkbox"/> Informe Radiology <input type="checkbox"/> Departamento de Emergencia <input type="checkbox"/> Informe Laboratory/ Resultado <input type="checkbox"/> Informe EKG <input type="checkbox"/> Physician Nota Progreso <input type="checkbox"/> Solicitar Physician <input type="checkbox"/> Nota Nurses <input type="checkbox"/> Informe Medication <input type="checkbox"/> Mental de Evaluación de Salud <input type="checkbox"/> Records para Continuidad de la atención <input type="checkbox"/> Records para Uso Personal <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Otro _____			

**Estado / leyes federales requieren una autorización específica para la liberación
los siguientes tipos de información médica protegida:**

_____ Salud Mental / tratamiento psiquiátrico

_____ Prueba genética

_____ Alcohol / Abuso de Drogas de Tratamiento
de la prueba

_____ VIH / SIDA Resultados

Por favor iniciales en la línea junto a la información que autoriza para la liberación

Autorización

- Yo entiendo que la realización y firma de esta autorización es voluntaria.
- Entiendo que una fotocopia de esta autorización será considerada tan válida como el original.
- Yo entiendo que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad no serán condicionados a mi firma de esta autorización.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se han tomado medidas en base a esta autorización.
- Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción había sido tomada en virtud de esta autorización.
- Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y debe ser enviada a la instalación He autorizado a mi información para ser liberado de.
- A menos que sea revocada, esta autorización expirará 180 días después de la fecha de la firma de este formulario.
- Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que se requiere una autorización específica por separado para autorizar la divulgación o el uso de notas de psicoterapia, como se define en las regulaciones federales de aplicación de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud.

Entiendo que puede haber una tarifa asociada a esta solicitud.

__ Paper Records entregado por correo __ __ Fax

__ Pickup en la Fecha de Instalación: _____

__ Records en __ CD formato electrónico

__ I Qué quieren mis discos encriptados

__ I no quiero que mis registros encriptados

_____ Am o PM
Firma del paciente o representante autorizado Nombre Impreso Fecha Hora

_____ Am o PM
Relación (si es firmado por no es el paciente) Nombre impreso Fecha Hora



**Información de salud
protegida autorización
para divulgar**

ETIQUETA DE PACIENTE
Hospital y Clínica Personal:
Colocar una etiqueta para el paciente si
aquí proporcionar registros para el
paciente.