



Autorización y consentimiento para la entrega de información médica protegida

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Esto autorizará a (nombre de la organización): _____ Northern Tier Center for Health (NOTCH)

Dirección: _____

Para usar o entregar información protegida sobre la salud a: _____

Dirección: _____

Y:

Nombre: _____ Teléfono/fax: _____

Dirección: _____

Tal como se describe a continuación para los siguientes objetivos: Continuidad de la atención Otros: _____
Información específica que se enviará:

- Todos los registros O Informes de obtención de imágenes de diagnóstico Informes de laboratorio
 Registros odontológicos Notas de las consultas Inmunizaciones
 Notas del consultorio Otros: _____

Registros del tratamiento de trastornos por consumo de sustancias entregados antes de 2022 (incluidos los registros de tratamiento asistido con medicación)

Otros (especificar): _____

Las fechas de atención incluyen: _____

Documentación electrónica recibida en CD o DVD: Enviar a Richford Health Center - Care Coordination Department
44 Main Street, Ste. 200, Richford, VT 05476

Al firmar a continuación, autorizo la entrega de registros y entiendo que:

- Esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, aunque la revocación no será efectiva en cuanto a la divulgación de los registros cuya entrega he autorizado previamente, o cuando se hayan tomado otras medidas en virtud de una autorización que he firmado.
- La información que se divulgará puede incluir tratamientos relacionados con: el tratamiento y diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias, salud mental, salud conductual, VIH/SIDA.
- La información usada o entregada de conformidad con esta autorización podría estar sujeta a nuevas entregas por parte del receptor y, de ser así, puede no estar sujeta a las leyes federales o estatales que protegen su confidencialidad.
*Se prohíbe volver a entregar los registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias anteriores a 2022.



Autorización y consentimiento para la entrega de información médica protegida

Esta autorización vencerá el: _____
*(Si no se indica ninguna fecha o acontecimiento, el vencimiento es de un [1] año a partir
de la fecha en que se firmó)*

Firma del individuo o del representante

Fecha

Autoridad o relación del representante