



Autorización y consentimiento para la entrega de información médica protegida

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información solicitada de: _____ Northern Tier Center for Health (NOTCH)

Dirección: _____

Información divulgada a: _____ Correo electrónico: _____

Dirección _____ Teléfono/fax: _____

Como se describe a continuación para los siguientes propósitos: Continuidad de la atención ☐ Otros: _____

☐ 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: _____

Otros (especificar): _____

Las fechas de atención incluyen: _____

Cientes de MEDENT: envíen un mensaje directo de N2N a Practice@notch.medentdirect.co

Documentación electrónica recibida en CD o DVD: Enviar a Richford Health Center - Care Coordination

Department 44 Main Street, Ste. 200, Richford, VT 05476

Entiendo que si no indico una fecha de vencimiento a continuación, este consentimiento vencerá un año después de la última fecha de servicio que recibí en el Centro de Salud Northern Tier (NOTCH). Entiendo que la información divulgada puede incluir registros médicos, psiquiátricos, de salud mental o de drogas y alcohol. Entiendo que mis registros médicos están protegidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 Partes 160 y 164, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que las regulaciones estatales y federales dispongan lo contrario. Una fotocopia o facsímil de este consentimiento es tan válido como el original. Entiendo que se me podrían negar servicios si me niego a consentir una divulgación para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No se me negarán servicios si me niego a consentir una divulgación para otros fines. Usted autoriza al Centro de Salud Northern Tier (NOTCH) a divulgar sus registros en los siguientes formatos: verbal, escrito, electrónico, a menos que se especifique lo contrario aquí.

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