



MINIDOKA
MEMORIAL
HOSPITAL

Autorización para Liberar los Registros Médicos

Nombre de Paciente _____ fecha de nacimiento _____

Dirección de hogar _____ Teléfono _____

Esto es autorizar a la descrita en los registros médicos sobre el paciente anterior a ser liberados por:

Minidoka Memorial Hospital 1224 8th. Street Rupert, ID. 83350

Los registros serán liberados a:

Instalación/Proveedor recibir registros _____

Dirección _____

Teléfono _____ Persona de contacto _____

Describir el propósito o necesidad de registros _____

Descripción de la información solicitada: (Marque todas las que correspondan)

Todos los registros

Historia & la física

Resumen de descarga,

informe Operativa,

Registros de abuso de alcohol o drogas (debe ser válido inicial _____)

Otros

Informes de rayos X's

órdenes del médico y notas de progreso

Registro de Urgencias,

Patología/Informe de laboratorio,

Esta autorización es válida por un período de seis meses a partir de la fecha en que se firmó.

Esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento, por escrito. Para obtener instrucciones sobre cómo revocar esta autorización, por favor, diríjase al "Aviso de Prácticas de Privacidad" de el hospital.

El tratamiento o el pago no podrá estar condicionado a la recepción de la autorización.

Liberar información médica como resultado de esta autorización puede significar que su información médica puede ser re-liberada por el destinatario y dejará de estar protegido por las Normas Federales de Privacidad.

Firma _____ Fecha _____

Firma del Representante Personal _____ Fecha _____

Relación del estado y la razón para la firma (el paciente es incompetente, menor, etc.). _____

Testigo _____ Fecha _____

Información solicitada dada por _____ Fecha _____

Indicar método: copiar para el paciente - correo - por fax - otro _____