



AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O REVELAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo: autorizo a/al _____ a entregar (revelar)
(Nombre y dirección completa de las instalaciones)

el/los expediente(s) de salud del paciente nombrado anteriormente a:

- FCCH South Valley, 2001 N. Centro Familiar, SW Albuquerque, NM 87105; Fax # (505) 877-4400
- FCCH South Broadway, 1316 Broadway, SE Albuquerque, NM 87102; Fax # (505) 842-1185
- FCCH North Valley, 1231 Candelaria Road, NW Albuquerque, NM 87107; Fax # (505) 344-4056
- FCCH Alamosa, 6900 Gonzales Road, SW Albuquerque, NM 87121; Fax # (505) 831-4123
- FCCH Alameda, 7704-A 2nd Street, NW Albuquerque, NM 87107; Fax # (505) 890-1599
- FCCH Edgewood, 8 Medical Ctr. Rd. /P.O. Box 2606 Edgewood, NM 87015; Fax # (505) 224-8737
- FCCH Los Lunas, 1259 Highway 314 Los Lunas, NM 87031; Fax # (505) 224-8727
- FCCH Belen, 120 South Ninth Street Belen, NM 87002; Fax # (505) 224-8717
- _____

(Nombre y dirección completa de la instalación a la cual se enviarán los registros)

Que abarca el período: Desde: _____ Hasta: _____
(Fecha) (Fecha)

La información a entregar incluye:

- Notas de las visitas medicas
- Exámenes de Laboratorio
- Resumen de Alta medica
- Reportes de radiografías
- Registros de salud provenientes de proveedores de salud fuera de esa instalación
- Otros: _____

Además de entregar el expediente general de salud indicado anteriormente, con mis iniciales abajo también autorizo la liberación del expediente de salud relacionado con las siguientes condiciones. (Obtener iniciales solamente para los expedientes de salud que se entregaran):

_____ Psicoterapia (Si aparecen las iniciales, esta autorización se limita solamente a la entrega de los expedientes de salud de psicoterapia) para liberar otros expedientes de salud, es necesaria una autorización separada

_____ Expedientes de salud relacionados con atención Emocional, Salud Mental, Desarrollo de discapacidad y/o Psiquiatría

Condición: (excluye notas de Psicoterapia)

_____ Expedientes de salud relacionados con el abuso de Drogas/Alcohol/sustancias controladas

_____ Expedientes de salud relacionados con Enfermedades de transmisión sexual

_____ Expedientes de salud relacionados con Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y/o Virus de Inmuno Deficiencia (VIH)

Expiración: Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mandando una nota de cancelación por escrito. Entiendo que FCCH antes de recibir la nota de cancelación pudo usar o entregar los expedientes de salud de acuerdo con esta autorización. Entiendo que si esta autorización es cancelada, una compañía de seguros puede tener el derecho legal para impugnar una reclamación o una póliza de seguros. Este derecho solo aplica si esta autorización es un requerimiento para la obtención de una póliza de seguro. **Si no es cancelada, esta autorización expira: (Se requiere la marca de al menos una de las casillas)**

En un (1) Año _____ Si ocurre (especifique) _____
(Fecha)

Entiendo que esta AUTORIZACION PARA UTILIZAR O REVELAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD es voluntaria y que puedo rechazar firmarla. La firma de este documento no es condición para recibir tratamiento o para realizar pagos por servicios, excepto si es permitido por la ley.

Yo he leído y entiendo la información anterior:

Firma del paciente, Padres/Guardianes: _____ Fecha: _____
Relación familiar, si la firma no es del propio paciente: _____ Fecha: _____

FCCH Label