



Autorización a usar o revelar información de salud

Nombre completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Número de Teléfono: _____

Autorizo a _____ *(nombre y dirección de la clínica)* a divulgar los siguientes archivos de salud del paciente nombrado arriba a:

- FCCH South Valley, 2001 N. Centro Familiar, SW Albuquerque, NM 87105; Fax # (505) 877-4400
- FCCH South Broadway, 1401 William Street, SE Albuquerque, NM 87102; Fax # (505) 924-8204
- FCCH North Valley, 1231 Candelaria Road, NW Albuquerque, NM 87107; Fax # (505) 344-4056
- FCCH Alamosa, 6900 Gonzales Road, SW Albuquerque, NM 87121; Fax # 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, 145 Don Pasqual NW Los Lunas, NM 87031; Fax # (505) 224-8727
- FCCH Belen, 120 South Ninth Street Belen, NM 87002; Fax # (505) 224-8717
- Rio Grande School Based Health Center, 2300 Arenal Rd, SW Albuquerque, NM 87105; Fax # (505) 873-0605
- _____

(Nombre completo y dirección de clínica que se lo va a mandar)

Cobrando los periodos de cuido se salud: _____ de (fecha) _____ a (fecha) _____.

Información para ser revelada incluyendo: *Todos archivos perteneciendo a mi cuido de salud en First Choice Community Healthcare*

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Prueba de laboratorio | <input type="checkbox"/> Resumen de visita |
| <input type="checkbox"/> Registros de Rayos X | <input type="checkbox"/> HEP A, B, C | <input type="checkbox"/> Documentación de despido |
| <input type="checkbox"/> Imágenes de Rayos X (Dental) | <input type="checkbox"/> Registros externos de otros médicos | <input type="checkbox"/> Registro de facturación |
| <input type="checkbox"/> Otra Información: Especifique: _____ | | |

_____ **Entiendo que alguna documentación relacionada a condiciones sensibles abajo pueden ser incorporado en mis Iniciales registros de paciente**

En adición a la revelación de los registros indicados arriba, por poner mis iniciales abajo también autorizo la revelación de mis registros perteneciendo a las condiciones siguientes:

_____ Registros relacionados a condiciones emocionales, de salud mental, discapacidades del desarrollo, y psiquiátricas.

_____ Registros relacionados al abuso de drogas/alcohol/substancias

_____ Registros relacionados a Infecciones de Transmisión Sexual

_____ Registros relacionados al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)/ Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Revocación: Esta autorización es sujeta a revocación en cualquier momento al menos al medio que FCCH ya ha actuado sobre la dependencia de la. Petición de revocación tiene que ser escrito. A menos que es revocado, esta autorización se expira como indicado por abajo:

Fecha de expiración indicada _____: **(Sin exceder un año)**
(Fecha)

Entiendo que esta autorización para usa o revelar información de salud to use es voluntaria y que puedo negar firmar esta autorización. Firmando esta autorización no es una condición de recibir tratamiento o pago por servicios, a menos que es permitido por ley. He leído y entiendo la información arriba:

Firma de Paciente o de Padre/Guardián del paciente: _____ Fecha: _____