



Leading you to better health!

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA PRÁCTICA
DE LIBERACIÓN
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A TERCEROS**

Al firmar esta autorización, autorizo a WindRose Health Network a usar o revelar copias de la siguiente Información de Salud Protegida identificada individualmente (PHI) sobre mí o para la parte o las partes que se enumeran a continuación:

UBICACIÓN AUTORIZADA PARA LANZAR:

UBICACIÓN AUTORIZADA PARA RECIBIR:

Información de Liberación de Ubicación		Ubicación para recibir información	
Dirección		Dirección	
Ciudad/Estado/Código Postal		Ciudad/Estado/Código Postal	
Teléfono	Fax	Teléfono	Fax

Esta autorización permite a WindRose Health Network utilizar o revelar copias de la siguiente información de salud individualmente identificable:

_____ Contenido del expediente médico completo incluyendo información sobre drogas, alcohol, salud mental y enfermedades infecciosas.

_____ Contenido pero excluye información sobre drogas, alcohol, salud mental y enfermedades infecciosas.

_____ Contenido pero excluye información de otros médicos, instalaciones, etc.

_____ Otros (describa específicamente la información que se va a publicar, como fecha (s) de servicio, nivel de detalle a ser liberado, Origen de la información, etc.): _____

Para: _____

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, excepto en la medida en que la revelación hecha de buena fe ya haya ocurrido en base a este consentimiento. Este consentimiento expirará en 60 días.

El Código de Indiana # 16-39-1-1 provee una solicitud por escrito y puede ser proporcionada a WindRose Health Network de una manera especificada por una tarifa apropiada. Por lo tanto, entiendo y estoy de acuerdo en que puedo ser financieramente responsable de los honorarios asociados con mi solicitud.

Entiendo que esta facilidad, sus empleados, oficiales y médicos asistentes son liberados de responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida y aquí autorizadas.

Cuando mi información es utilizada o divulgada de acuerdo con esta autorización, puede estar sujeta a la re-divulgación por parte del receptor, y puede que ya no esté protegida por la Regla de Privacidad de HIPAA federal. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que WindRose Health Network, Inc. haya actuado en base a esta autorización. Mi revocación escrita debe ser presentada al Oficial de Privacidad de WindRose Health Network ubicado en WindRose Health Network, Inc., 1052 Greenwood Springs Blvd., Suite H, Indianapolis, IN 46143.

Información del Paciente y Firmas Autorizadas

Nombre del paciente (imprimir)		Fecha de nacimiento	
Firma Paciente / Guardián Legal		Fecha firmada	
Relación con el paciente		Número de teléfono	()
Dirección del Paciente		Ciudad/Estado	

PROHIBICIÓN SOBRE REDISCUACIÓN: Esta información ha sido revelada de registros cuya confidencialidad está protegida por la Ley Federal. Las Regulaciones Federales (42CFR, Parte 2) prohíben que el destinatario haga cualquier revelación adicional de esta información excepto con el consentimiento escrito específico de la persona a quien pertenece. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información si es mantenida por otras partes NO es suficiente para este propósito. Las regulaciones federales establecen que cualquier persona que viole cualquier disposición de esta ley será multada no más de \$ 500 en el caso de una primera ofensa, y no más de \$ 5.000 en el caso de cada infracción posterior.

() Mail

() Pick Up

() Fax Action

Date Completed: _____

Staff Name: _____