



Autorización para Revelar Información

Boise, ID 83704 / Phone: 208-327-7400 / Fax: 208-327-8579

Apellido	Nombre	Inicial (/ /)	
Nombre(s) anterior(es si lo(s) hay	Teléfono	Fecha de Nacimiento	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Entrega de Información

Por favor marque abajo como le gustaría que esta información le entregue. **Solicitudes telefónicas no están permitidos.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Envié mi registro a la dirección siguiente:
_____ | <input type="checkbox"/> Fax mis copias al CDHD – Boise Office | <input type="checkbox"/> Fax la información a:
Atención: _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> Fax mis copias al CDHD – Mt Home Office | Numero de Fax: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fax mis copias al Doctor/Clínica/Escuela a la siguiente | <input type="checkbox"/> Fax mis copias al CDHD – McCall Office | <input type="checkbox"/> Voy a recoger mis registros. Por favor traiga una identificación. |

Doctor/clínica/escuela				Doctor/clínica/escuela			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
()	()			()	()		
Teléfono	Fax			Teléfono	Fax		

Consentimiento

Entiendo que mis archivos médicos pueden contener información personal y delicada. Revelar esta información es voluntario y protegido por la ley. La clínica, sus empleados, oficiales, y doctores contratados están libres de responsabilidad u obligación por revelar estos registros de la manera aquí indicada y autorizada. Yo específicamente autorizo la divulgación y revelación de la siguiente información a la(s) persona(s)/clínica(s) y señalo si en el cuadrado (IDAPA 16.05.01 Protección y divulgación de archivos del departamento, Acta de Salud Publica 523-527)

- Si No Doy autorización para enviar por Fax mis archivos médicos para revelar o divulgar la información indicada arriba. (IDAPA 16.05.051)

Entiendo que no se cumplirán peticiones telefónicas. Peticiones tienen que hacerse por escrito y usando la autorización para revelar información. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Si no lo hago será válida por 24 meses desde la fecha en que la firmo.

Firma del cliente	Fecha
Firma de persona que no es el cliente	Responsabilidad legal con el paciente
	Fecha