



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 \_\_\_\_\_

fecha de servicio \_\_\_\_\_

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

Todos los registros	Informes de rayos X's
Historia & la física	órdenes del médico y notas de progreso
Resumen de descarga,	Registro de Urgencias,
informe Operativa,	Patología/Informe de laboratorio,
Registros de abuso de alcohol o drogas (debe ser válido inicial _____)	
Otros	

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, dirijase 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 \_\_\_\_\_