

MARSHALLTOWN MEDICAL & SURGICAL CENTER
(MMSM)
MARSHALLTOWN, IA 50158

Autorización Del Descargo de Información Confidencial

MR-100 (10/90) Rev. 10/97, 2/02, 2/03., 8/03

POR FAVOR LLENE ESTA FORMA, FÍRMELA Y ESCRIBA LA FECHA
**Si no se completa la forma entera, hay posibilidad de atrazar o
prevenir la manda de la información**

NOMBRE: _____

FECHA DE _____

NACIMIENTO: _____

Dirección: _____

Número Telefónico: _____

YO AUTORIZO Y LES DOY PERMISO A: (Llene solamente una de las cajitas siguientes)

Marsalltown Medical and Surgical Center
REVELARÁ información **A:**

Nombre: _____

Dirección: _____

Marshalltown Medical and Surgical Center
RECIBIRÁ información **DE:**

Nombre: _____

Dirección: _____

La revelación de esta información es para el proposito siguiente:

Pon una X en esta cajita si la solicitud de la revelación es del individuo.

La(s) fecha(s) del servicio para que están solicitando la revelación de información:

Marque la información que necesita:

_____ Registro de entrada
_____ Resumen de descarga
_____ Historia y examen fisico
_____ Consulta
_____ Reporte de operación

_____ Documentos de emergencia
_____ Reporte de patología
_____ Reporte de laboratorio
_____ Reporte de radiografía
_____ EKG, Rueda de andar
_____ Evaluación/notas de progreso de los
Servicios de rehabilitación

_____ Other: (Sea específico)

_____ Archivo entero

Entiendo que incluye información que tiene que ver con (escriba (X) a los aplicables):

Reporte de abuso o tratamiento de drogas o alcohol. Cuidado psiquiátrico/salud mental SIDA/HIV, incluyendo los resultados de la prueba

SI HAS ESCRITO (X) y la Revelación contiene uno o más de estos:

AVISO AL DESTINATARIO DE INFORMACIÓN ESPECÍFICA: Esta información ha estado revelado a usted de archivos confidenciales, y su confidencialidad está protegido por leyes federales y del estado, lo cual es prohibido revelar a otros sin consentimiento escrito y específico del individuo a quien se pertenece o de un representante legal del individuo, o como prometido de otro modo de regulaciones. Es contra la ley revelar información de la salud mental sin autorización y es posible que daños civiles y castigos criminales se aplicarán a los que dan la información de la salud mental sin autorización. Regulaciones Federales para el abuso de drogas o alcohol limita el uso de la información para una investigación criminal o para procesar un paciente con abuso de drogas o alcohol.

Entiendo que si rechazo firmar esta autorización que no afectará mi habilidad de recibir tratamiento en MMSM. Entiendo que tengo el derecho de examinar la información con propio preaviso a Marshalltown Medical and Surgical Center. Entiendo que la información médica puede ser revelado a otros por el recipiente de la información y no estará protegido por las leyes federales o estatales.

Entiendo que revocación de este permiso no se puede aplicar a información ya mandado.

Esta autorización sera vencido inefectivo automaticament en 180 días de la fecha de la firma, con la excepción de: _____

Firma del paciente o del representante legal: _____ Fecha: _____

Relación al paciente si no firma el paciente: _____

Por favor apunte la información mandado:

a la person sobre escrita por