

Nombre del paciente: _____ N.º de MR: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de teléfono: _____

Autorizo por el presente:

(marque todo lo que corresponda)

 Brodstone Healthcare
 520 East 10th Street
 Superior, NE 68978
 Teléfono: 402-879-3281
 Fax: 402-879-3332

 Brodstone Family Medical Center Superior
 525 East 11th Street
 Superior, NE 68978
 Teléfono: 402-879-4781
 Fax: 402-879-3365

 Brodstone Family Medical Center Nelson
 76 West 8th Street
 Nelson, NE 68961
 Teléfono: 402-225-2375
 Fax: 402-225-2084

 Brodstone Family Medical Center Edgar
 315 North C Street
 Edgar, NE 68935
 Teléfono: 402-224-3344
 Fax: 402-224-3099

 a: Obtener de: Divulgar a: Permitir el acceso a:

Organización o persona: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad y estado: _____

Fechas del tratamiento: _____

Información que se divulgará:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico | <input type="checkbox"/> Informes de consultas | <input type="checkbox"/> Registro financiero |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Registros de la sala de emergencia | <input type="checkbox"/> Registro completo |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Registro Centro de prosperidad |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Plan posterior a la atención | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con lo siguiente:

- Abuso de sustancias (incluido el consume de alcohol o drogas)
- Salud mental
- Información relacionada con el VIH/SIDA (incluidos los resultados de pruebas)

Comprendo y reconozco lo siguiente:

1. Si me niego a firmar esta autorización, esto no afectará mi capacidad para recibir tratamiento en Brodstone Memorial Hospital o en Superior, Nelson o Edgar Family Medical Centers.
2. La información médica que se divulgará en virtud de esta autorización puede estar sujeta a que el receptor la divulgue nuevamente y ya no estará protegida por la ley estatal o federal.
3. Esta autorización tendrá vigencia durante 12 meses a partir de la fecha en que se firme. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una notificación escrita a BMH o SFMC. Mi revocación no entrará en vigencia para las medidas que ya se hayan tomado en virtud de mi autorización.

Firma del paciente o del representante legal _____

Relación con el paciente si firmó el representante legal _____

Fecha	
Internal Use Only	
_____	_____
Originated	Completed