

**AUTORIZACION PARA EL USO O LA DIVULGACION DE INFORMACION
MEDICA PROTEGIDA
(DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA)**

Tripp Family Medicine, Inc.

1411 Fillmore Street, Suite 600, Twin Falls, ID 83301

Teléfono: 208-933-4400 Fax: 208-933-4401

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SOLICITUD DE INFORMACION Yo autorizo: _____ *

para divulgar/enviar la información médica protegida _____
a Tripp Family Medicine, Inc. Teléfono: _____ FAX: _____

**Por favor proporcione la información dentro de los siguientes 14 días.*

DIVULGACION DE INFORMACION Yo autorizo a Tripp Family Medicine, Inc.
para divulgar/enviar la información médica protegida a: _____

Copia en papel (tarifa asociada _____) _____

Copia digital (USB drive, Email, CD, Portal, etc.) Teléfono: _____ FAX: _____

Informacion solicitada para ser divulgada/ enviada (escoga una):

- Mi información de salud, incluyendo cualquier historia médica, condición mental o física y cualquier tratamiento que yo haya recibido.
- Ultimos 12 meses de todos los exámenes de laboratorio y diagnóstico.
- Toda mi información de salud descrita previamente excepto por la siguiente: _____

- Solo la siguiente información o tipos de información médica:
 - Radiografías _____ Otros: _____
 - Laboratorios _____

Yo entiendo que:

- La información usada o divulgada basada en esta autorización puede ser entregada a la persona(s)/ o entidades indicadas y puede que no puedan ser protegidas por la ley estatal o federal.
- Yo no tengo que firmar este documento para poder recibir atención médica.
- Yo tengo derecho de revisar o recibir una copia de la información divulgada.
- Esta autorización estará en efecto hasta que sea anulada por escrito por mí; esta anulación por escrito debe ser presentada por Tripp Family Medicine.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Testigo: _____ Fecha de Publicación: _____