Delaware Valley Community Health, Inc.

Autorización para Obtener y o Liberar información

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

Dirección: _____
CIUDAD ESTADO

Numero de Teléfono: (Día) _____ (Celular) _____

Yo Autorizo a *Delaware Valley Community Health, Inc*. que: ☐ **Libere** ☐ **Obtenga** información de mi record: ☐ Medico / ☐ Dental a quién yo indico abajo:

Nombre: _____

Dirección: _____
Cuidad **Estado** **Código postal**

Número de Teléfono _____ Número de Fax: _____

Información que puede ser liberada:		**Yo autorizo específicamente que den la siguiente información:**
	Fecha:	☐ Abuso de substancias (Alcohol / Drogas)
☐ Historia y Examen Físico	_____	☐ Salud Mental
☐ Notas de mi record medico	_____	☐ Información relacionada al HIV / SIDA
☐ Todo el record medico	_____	
☐ Laboratorios/ Rayos X	_____	X_____/_____
		Firma del paciente o guardián legal **Fecha**

Razón para la Autorización: ____ Cambio de Medico ___Consulta para una segunda opinión ___ Evaluación por un especialista

___Legal ___ Escuela ___ Seguro ___Cuidado Continuo
___ Otro: _____

1. Yo entiendo que esta autorización se vence en **90 Días** después que yo la firme.
2. Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización a cualquier momento notificando a la organización por escrito y será efectivo en la fecha que sea notificada excepto a la extensión que ya a sido entregada.
3. Entiendo que la información dada o proporcionada en este documento puede ser sujeto a revelación por la agencia asignada y no va a estar protegida por las regulaciones de confidencialidad por la ley.

   a. Yo entiendo que autorizando esta información, mi cuidado medico o mi pagare por mi cuidado medico no será afectado si yo no firmo esta forma.
   b. Yo entiendo que yo puedo ver una fotocopia de la información descrita en esta forma si yo la pido, y que yo recibiré una copia de esta forma después que yo la firme.
   c. Me informaron que ***DVCH, Inc.,*** Nombre de proveedor medico: _____ ☐recibirá / ☐no recibirá ninguna clase de dinero o será compensado a cambio de esta información.

_____ / _____ / _____/ _____
Firma de Paciente **Firma de Guardián Legal** **Relación** **Fecha**

_____/_____/_____
Record recibido Por **Relación al paciente** **Fecha**

PARA EL USO DE OFICINA SOLAMENTE

La fecha en que la solicitud se lleno: _____ Firma: _____

La clase de identificación que se presento: _____