

PERMISO PARA DISCUTIR INFORMACION SOBRE LA SALUD (HIPAA)

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	Telefono	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal

Yo doy autorización a Community Health Partners para que **VERBALMENTE** comparta mi información personal de mi cuidado de salud con la familia, amigos, y otros que yo he identificado debajo y que están involucrados en mi cuidado, coordinación o pagos de mi cuidado de salud. Esta forma **NO** autoriza liberación de copias de mi expediente médico.

Información compartida puede incluir:

- Información sobre programación de citas
- Información médica, incluyendo mis síntomas, diagnosis, medicamentos y plan de tratamiento.
 - Esto puede incluir información sensitiva incluyendo abuso de sustancias y tratamiento de salud mental.
- Información de salud conductual, incluyendo mis síntomas, diagnosis, medicamentos y plan de tratamiento.
 - Esto puede incluir información sensitiva incluyendo abuso de sustancias y tratamiento de salud mental.
- Resultados de laboratorio e imagen
 - _____ ponga iniciales aquí para incluir resultados relacionados con enfermedades transmitidas sexualmente y VIH/SIDA
- Información sobre cuantas y pagos
- Otros (describa): _____

Community Health Partners tiene mi permiso de discutir la siguiente información con: (marca todo lo que aplica)

	Nombre	Relacion con paciente	Telefono	Citas	información Médica	Salud Conductual	Resultados De laboratorio o imagen	Facturación	Otros
1.				☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.				☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.				☐	☐	☐	☐	☐	☐

Al firmar esta forma, yo entiendo que:

- Si he otorgado previamente una forma "permiso para discutir" a CHP, esa será removida, y esta forma será usada.
- La información de mi expediente medico puede incluir información relacionada a enfermedades transmitidas sexualmente (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA), o virus de inmunodeficiencia humano (VIH). Puede también incluir información acerca de servicios de salud mental o conductual y tratamiento de alcohol o abuso de drogas.
- Yo entiendo que tengo el derecho de revocar mi autorización en cualquier momento. Revocación debe ser hecha por escrito y presentada o enviada por correo al departamento de expedientes médicos al siguiente domicilio:
CHP-Medical Records
19 E. Main St.
Belgrade, MT 59714
- Yo entiendo que la revocación no aplica a información que ya fue liberada a causa de esta autorización.

Firma del Paciente/Representante del Paciente:	Fecha:
Nombre del Paciente/Representante del Paciente:	Relación o rango de tu autoridad legal para actuar en nombre del Paciente:

Nota: Para copias de expediente médico, necesita llenar una liberación de información. Ud. Puede pedir al personal de CHP una copia para llenar o Ud. Puede llenar la forma electrónicamente en nuestra página web, chphealthmt.org.