



Formulario para la Divulgación de Información de Salud

611 S. 2nd Street, Laramie, WY 82070 | Phone: 307-745-8445 | Fax: 307-745-8149

Información de Paciente

Nombre de Cliente: _____ Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código: _____

Autorizo a la Downtown Clinic a: Divulgar a Recibir de

- Albany Community Health Clinic | 1174 N. 22nd St | Laramie, WY, 82072 | 307-766-3313 (p) | 307-766-3316 (f)
- Volunteers of America of NR | 1263 N 15th St | Laramie, WY, 82072 | 307-745- 8915 (p) 307 - 436 -4686
- Ivinson Medical Group 255 N 30th Street | Laramie, WY | 82072 | 307-755-4540 (p) | (f) 307-755-4539
- Otra:

Nombre de organización/proveedor

Dirección/Ciudad/Código

Teléfono de organización/proveedor

Número de Fax de organización/proveedor

____ (Iniciales) Autorizo el intercambio de información en curso entre las organizaciones mencionadas hasta que esta autorización expirará 1 año desde la fecha de firmar a menos que se especifiquen otros datos: _____

Registros que se Divulgará

Plazo para la divulgación:

Fechas(s) _____ o número(s) de año(s) antes de _____

Documentos/ Notas (marque todo lo que aplica)

Notas de Consultas Registros de inmunización Informes laboratorios
 Informes de patología Informes de imagen Otro (Por favor, especifique): _____

La Divulgación de Información Protegida y Sensible:

Pueden aplicarse leyes adicionales relativas al uso y la divulgación de información sensible. Por mis iniciales, entiendo y acepto divulgar cualquier información sensible relacionada con los siguientes tipos de registros o información.

- Información sobre las enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA)
- Información relacionada a drogas/alcohol
- Información de salud mental Información de pruebas genéricas
- Todos los registros (incluido información protegida y sensible)

Reconocimientos de derechos

Se puede revocar esta autorización a cualquier momento, pero no puede ser revocada retroactivamente una vez que los registros hayan sido divulgados.

Firma de paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____ Relación al cliente (si procede): _____