



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

Dirección	Apellido(s):	Nombre:	Segundo Nombre:
	Título: (circule uno): Sr. Sra. Srta.		Generación: (circule uno): Jr Sr III otro ____
	Dirección:	Dirección postal (si es diferente de la dirección postal):	
	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Datos Demográficos	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) Legalmente
	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Trans-masculino <input type="checkbox"/> Trans-femenino <input type="checkbox"/> Género Queer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo revelar	Orientación Sexual: (para pacientes mayores de 18 años): <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Deseo Divulgar
	Número de seguro social: - -	Teléfono de la casa:
	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año: / /	Teléfono del trabajo:
	Email:	Teléfono móvil:

Adicional	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
	Condado en el que reside:	Estudiante: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Tiempo Completo
	Idioma Principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	Teléfono Principal: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo

¿Cómo supo sobre nosotros?	
<input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Magazin/Diario <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Yelp <input type="checkbox"/> Otro	

Perfil del Paciente	Tamaño de la familia: _____ Total de Ingreso Familiar: _____ por/año
	¿Usted o su familia con la que vive trabaja como trabajador agrícola? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, díganos si es un trabajador agrícola migratorio o estacional:
	1. Trabajador Migratorio: ¿Usted o un miembro de su familia con quien vive se ha mudado en los últimos 2 años y ha establecido un hogar temporal para trabajar en la agricultura? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	2. Trabajador Temporal: ¿Usted o algún familiar con quien vive ha trabajado en agricultura en los últimos 2 años sin moverse de su casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Está su familia actualmente des plazada o sin hogar?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Es veterano?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Contacto Emergencia	Persona a contactar en caso de emergencia: _____ Relación con usted: _____
	Número de teléfono: Casa: _____ Móvil: _____

DE NO TERER SEGURO MÉDICO O DENTAL POR FAVOR PASE A LA SIGUIENTE PÁGINA

Seguro MÉDICO	Proveedor de seguro médico primario: _____	Póliza #: _____
	Dueño (a) de la póliza: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro	Grupo #: _____
	Si otro: Nombre del dueño de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento del dueño de la póliza: _____	Fecha de efectividad: _____
	Proveedor de seguro médico secundario: _____	Póliza #: _____
Dueño (a) de la póliza: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro	Grupo #: _____	

Account #: _____

Date: _____

Si otro: Nombre del dueño de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento del dueño de la póliza: _____	Fecha de efectividad:
---	------------------------------

Seguro DENTAL	Proveedor de seguro dental primario:	Póliza #:	
	Dueño (a) de la póliza: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro Si otro: Nombre del dueño de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento del dueño de la póliza: _____	Grupo #:	
	Proveedor de seguro dental secundario:		Póliza #:
	Dueño (a) de la póliza: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro Si otro: Nombre del dueño de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento del dueño de la póliza: _____		Grupo #:
			Fecha de efectividad:
			Póliza #:
			Fecha de efectividad:
			Póliza #:

Los padres u otro representante legalmente autorizado deben completar esta sección si el paciente es menor de 18 años y no está legalmente emancipado.

Persona Responsable	Apellido (s):	Nombre:	Segundo Nombre:
	Dirección:		Dirección postal (si es diferente de la dirección postal):
	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Relación con el paciente:		
	Fecha de nacimiento de persona responsable:		Número de seguro social de persona responsable:
	Solicito y autorizo a Contentnea Health a proveer los servicios de atención médica al menor bajo mi cuidado antes descrito, según se considere necesario o aconsejable para el diagnóstico y tratamiento del menor. Reconozco mi responsabilidad de pagar el cuidado de acuerdo con las tarifas establecidas.		
	Firma de la persona responsable: _____		

Account #: _____

Date: _____

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER O DIVULGAR INFORMACIÓN

Por este medio autorizo la divulgación de parte y toda información a mi compañía aseguradora o a cualquier individuo apropiado, tal requerido, pertinente a tratamiento provisto por Contentnea Health. Autorizo a Contentnea Health a obtener la información necesaria de mi proveedor de cuidados, empleador o compañía de seguros.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por este medio consiento al tratamiento tal y como ordenado por mi proveedor y provisto por Contentnea Health, sus empleados o a sus representantes. Entiendo que soy responsable en última instancia por los cargos relacionados a mi tratamiento. Todas las cuentas están adeudadas y son pagaderas al recibo de la factura.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES POR TEXTO O CORREO ELECTRÓNICO

Doy mi consentimiento para recibir notificaciones por mensaje de texto/correo electrónico y entiendo que puedo cancelar mi suscripción o actualizar mis preferencias de comunicación en cualquier momento.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN

Entiendo que se me ha entregado la Notificación de Prácticas de Privacidad por Contentnea Health.

CESIÓN DE BENEFICIOS

Por este medio asigno todos los beneficios de seguro a los que tengo derecho. Por este medio autorizo y dirijo a mi aseguradora, incluyendo Medicare, seguro privado y cualquier otro plan de salud o médico, a realizar pagos directamente a Contentnea Health por servicios de salud prestados a mí o a mis dependientes. Entiendo que soy responsable por deducibles, copagos, y cualquier otra cantidad no cubierta por el seguro.

Doy fe con mi firma más abajo que toda la información provista es cierta y precisa al mejor de mis conocimientos y que entiendo los derechos y responsabilidades anteriormente descritos.

Firma:

Fecha:



Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo se puede utilizar o divulgar su información de salud, y cómo puede acceder a esta información. Revise el Aviso de Prácticas de Privacidad y acuse recibo del mismo.

Nuestra obligación: Es responsabilidad legal de Contentnea Health proteger su Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI). Estamos legalmente obligados a proporcionarle un Aviso de Privacidad que detalle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con la PHI, así como a cumplir con los términos de este Aviso de Privacidad vigente. Si no acusa recibo, entienda que Contentnea Health puede seguir utilizando y divulgando su PHI.

Modificaciones a este aviso. Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso de Privacidad en cualquier momento y de hacer que las nuevas disposiciones permanezcan vigentes para toda la PHI que mantenemos. En caso de realizar cambios, publicaremos una copia en nuestras instalaciones y en el sitio web de la organización, en <https://contentnea.org/>

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La legislación federal exige que protejamos la privacidad de su PHI. La legislación estatal puede imponer restricciones adicionales a la divulgación y uso de su información en diversas situaciones. No obstante, podemos divulgar y utilizar su información médica conforme a la legislación federal y estatal para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; de acuerdo con una orden judicial; o según lo permita o exija la ley. **La legislación de Carolina del Norte y la legislación federal nos permiten utilizar y divulgar su PHI sin necesidad de su autorización escrita en los siguientes casos:**

Para proporcionar tratamiento de atención médica: Podemos requerir el uso y divulgación de su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y servicios relacionados. Esto puede incluir comunicaciones con otros proveedores de atención médica respecto al tratamiento y la coordinación de la atención. Por ejemplo, es posible que necesitemos utilizar o divulgar su PHI, tanto internamente como externamente a Contentnea Health, cuando necesite una receta, análisis de laboratorio, radiografías u otros servicios médicos. Asimismo, podemos necesitar utilizar o divulgar su PHI al derivarlo a otro médico.

Para obtener pagos por servicios: Podemos utilizar o divulgar su PHI a terceros para facturar y cobrar el pago por el tratamiento y los servicios proporcionados. Antes de que reciba servicios programados, podría ser necesario compartir información sobre dichos servicios con su(s) plan(es) de salud. Compartir información nos permite solicitar cobertura bajo su plan o póliza de salud y obtener la aprobación de pago antes de proporcionar los servicios. Además, podemos compartir su PHI con:

- Departamentos o agencias de cobranza, o abogados que asistan con la cobranza, incluida la Oficina del Fiscal General del estado de Carolina del Norte.
- Compañías de seguros, planes de salud y sus agentes.
- Otras partes responsables de sus facturas, como su cónyuge o garante, según sea necesario para la cobranza.

Para operaciones de atención médica: Podemos utilizar y divulgar su PHI para llevar a cabo operaciones de atención médica que nos permitan mejorar la calidad de la atención brindada y reducir los costos asociados.

Utilizaremos su PHI para nuestras propias operaciones de atención médica. Además, podríamos necesitar divulgar su PHI para las operaciones de atención médica de otros proveedores involucrados en su atención con el fin de mejorar la calidad, eficiencia y costos de su atención, o para evaluar y mejorar el desempeño de los proveedores. Por ejemplo, miembros del personal clínico, el equipo de gestión de riesgos o el equipo de mejora de calidad pueden utilizar la información en su expediente médico para evaluar la calidad de la atención recibida y los resultados de su tratamiento en nuestras instalaciones. También podemos divulgar su información a médicos, enfermeros, estudiantes de medicina y otros miembros del personal de Contentnea Health para fines de revisión y educación.

Recordatorios de citas y programación: Podemos utilizar y divulgar su PHI para contactarlo como recordatorio de una cita programada con Contentnea Health.

Podemos usar y divulgar su PHI en otras circunstancias sin su autorización ni oportunidad de aceptar u oponerse:

- Cuando sea necesario para prevenir o reducir amenazas graves a su salud y seguridad, o a la salud de la comunidad o de otra persona.
- A funcionarios autorizados cuando lo exija la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, en la denuncia de abuso o negligencia de un menor o una persona con discapacidad, o en la notificación de ciertos tipos de heridas y lesiones.
- A las autoridades correspondientes en caso de un delito.
- En respuesta a citaciones, órdenes judiciales u órdenes administrativas.
- Según lo exija la ley para actividades de salud pública. Por ejemplo, en la prevención o control de enfermedades y la notificación de nacimientos o defunciones.
- Para actividades autorizadas de compensación laboral.
- A agencias encargadas de la supervisión de la salud que aseguran el cumplimiento de los requisitos de licencia y acreditación.
- A forenses, médicos forenses o directores de funerarias para llevar a cabo sus responsabilidades.
- Según lo exijan las autoridades de mando militar, si usted es miembro de las fuerzas armadas.
- A nuestros asociados comerciales para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica en nuestro nombre. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a una compañía que realice nuestro trabajo de laboratorio o a un asociado que facture a las compañías de seguros por nuestros servicios.
- A una institución correccional que tenga la custodia legal de usted, en la medida necesaria para su salud y la seguridad de otros.
- Para investigaciones médicas, cuando se trate de recopilar información en bases de datos para usos futuros. Podemos divulgar su PHI y muestras excedentes para investigaciones aprobadas por un consejo de revisión institucional que haya determinado que no se requiere su consentimiento por escrito. También podemos revisar su PHI para determinar su elegibilidad para un estudio de investigación médica o para permitir que un investigador se comunique con usted por teléfono, correo electrónico, mensaje de texto o correo postal para determinar si está interesado en participar en un estudio de investigación médica.
- **Podemos comunicarnos con usted:** Si nos ha proporcionado un número de teléfono o dirección de correo electrónico, podemos utilizar esta información para contactarlo con el fin de administrar su atención, informarle sobre servicios que podrían beneficiarlo o discutir su factura. Los investigadores médicos también pueden utilizar esta información para contactarlo si consideran que usted sería un candidato ideal para un estudio de investigación médica.
- **Intercambio de Información de Salud (Health Information Exchange, HIE):** Un HIE permite a nuestros proveedores compartir su información médica con otros proveedores de atención médica que lo tratan, para acceder y compartir su información si también participan en el HIE.

Puede oponerse a determinados usos y divulgaciones: A menos que usted se oponga, podemos utilizar o divulgar su PHI de las siguientes maneras:

- **Podemos compartir su ubicación en nuestras instalaciones y su estado general** (grave, crítico, etc.) en nuestra lista de pacientes con personas que pregunten por usted por su nombre. Podemos compartir su afiliación religiosa con el clero.
- **Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención.** Podemos compartir su información con un familiar, representante personal, amigo u otra persona que usted identifique, cuando la información esté relacionada con su participación en su atención o el pago de la misma.
- **Circunstancias de emergencia y ayuda en caso de desastres.** Podemos compartir su PHI con agencias públicas o privadas para fines de ayuda en caso de desastres. Incluso si usted se opone, podemos seguir compartiendo su PHI si es necesario para circunstancias de emergencia. En situaciones de emergencia, o en caso de que usted no esté en condiciones de tomar decisiones por sí mismo, ejerceremos nuestro juicio profesional para determinar si compartir su PHI con una persona implicada en su atención es lo más adecuado para su bienestar.

Usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito: Obtendremos su autorización en el caso de que intentemos:

- Utilizar o divulgar notas de psicoterapia.
- Utilizar o divulgar su PHI para fines de marketing.
- Comercializar cualquier parte de su PHI.

Account #: _____

Obtendremos su autorización para cualquier uso o divulgación de su PHI que no esté descrita de otro modo en este Aviso de Prácticas de Privacidad. **Si nos autoriza a utilizar o divulgar su PHI, puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca esta autorización, no utilizaremos ni divulgaremos su PHI para los propósitos cubiertos por su autorización escrita. Sin embargo, no podemos retractarnos de ninguna divulgación ya realizada conforme a una autorización válida.**

Protecciones de Privacidad para Abuso de Alcohol, Drogas y Tratamiento Psiquiátrico: No divulgaremos ni compartiremos ninguna información de salud que lo identifique como paciente de uno de nuestros programas o instalaciones, ni revelaremos información relacionada con su tratamiento en dicho programa o instalación, a menos que:

- Usted o un representante personal den su consentimiento por escrito.
- Una orden judicial exija la divulgación.
- El personal clínico necesite información para tratarlo en una emergencia médica.
- Personal calificado utilice la información para actividades de investigación u operativas.
- Sea necesario para mitigar o prevenir un delito o una amenaza de cometer un delito.
- Sea necesario informar sobre abuso o negligencia según lo exige la ley.

Menores: De acuerdo con la ley de Carolina del Norte, los menores, con o sin el consentimiento de un padre o tutor legal, tienen derecho a consentir servicios para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades específicas, incluidas las enfermedades venéreas (ETS), el embarazo, el abuso de sustancias controladas o alcohol, y trastornos emocionales. Si usted tiene menos de 18 años, no está casado, no ha sido emancipado legalmente, o se ha enlistado en las fuerzas armadas, puede consentir un tratamiento para enfermedades venéreas (ETS), embarazo, abuso de sustancias controladas o alcohol, y trastornos emocionales sin el consentimiento de un adulto. Esta información permanecerá confidencial, a menos que su proveedor considere que informar a sus padres evitará una amenaza seria para su vida o salud. Tenga en cuenta: Los menores deben obtener el consentimiento de los padres o de un tribunal para un procedimiento de aborto o esterilización.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI

Solicitud de restricciones: Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos el uso y divulgación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica; para nuestro directorio de salud en nuestro centro o instalación; o para familiares y otras personas involucradas en su atención. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar sus restricciones solicitadas en la mayoría de las circunstancias. Si aceptamos su solicitud, procederemos a cumplir con ella, salvo en los casos en que la información sea imprescindible para la prestación de servicios de emergencia o cuando la ley o las disposiciones establecidas en este Aviso de Privacidad lo exijan. Si usted paga por adelantado y en su totalidad ciertos bienes y servicios y solicita que no divulguemos estos bienes o servicios a su plan de salud, cumpliremos con su solicitud. Las solicitudes de restricciones deben hacerse por escrito y presentarse en la clínica donde recibe tratamiento.

Solicitud de diferentes formas de comunicación: Usted tiene derecho a especificar cómo desea que nos comuniquemos con usted por escrito. Por ejemplo, puede especificar qué número de teléfono o dirección de correo electrónico prefiere que usemos como punto de contacto principal al tratar su PHI. Atenderemos todas las solicitudes razonables; sin embargo, nos reservamos el derecho de solicitar información adicional respecto al manejo de los pagos y a las direcciones alternativas.

Una copia de su PHI: Usted tiene derecho a solicitar ver y recibir una copia de su PHI que forma parte de los registros clínicos, de facturación y otros documentos que se utilizan para tomar decisiones sobre usted y su atención. Debe solicitar ver su PHI por escrito y hacer la solicitud en la clínica donde recibe tratamiento. La clínica le proporcionará el formulario que puede firmar y entregar. Podemos cobrar una tarifa por copiar o enviar su solicitud. En algunas circunstancias, podemos denegar su solicitud. Usted tiene derecho a apelar la denegación.

Solicitud de enmiendas a su PHI: Si considera que su PHI y la información de facturación son incompletas o inexactas, puede solicitarnos que las corrijamos. Podemos denegar su solicitud en las siguientes circunstancias:

- La información no fue creada por nosotros.
- La información no forma parte de los registros que utilizamos para tomar decisiones sobre su atención.
- Consideramos que la información es correcta y está completa.
- La solicitud se refiere a una parte del registro que no tiene derecho a revisar.

Presente todas las solicitudes por escrito y explique las razones de la solicitud. Si denegamos la solicitud, le proporcionaremos la razón de la denegación y describiremos sus derechos para impugnarla. En caso de que se apruebe la enmienda, realizaremos esfuerzos razonables para notificar a terceros sobre dicha enmienda. Se le facilitará un formulario de enmienda a su solicitud en la clínica correspondiente. Le solicitamos que firme y devuelva el formulario a la instalación donde recibe tratamiento.

Solicitud de un listado de ciertas divulgaciones de su PHI que hayamos hecho: Usted tiene derecho a recibir un listado por escrito de ciertas divulgaciones que hemos realizado de su PHI. Puede solicitar divulgaciones correspondientes a un período de hasta seis años previos a su solicitud. Estamos obligados a proporcionar un listado de todas las divulgaciones, excepto en los siguientes escenarios:

- Para su tratamiento
- Para la facturación y cobranza relacionadas con su tratamiento.
- Para operaciones de atención médica.
- Divulgaciones dirigidas a usted o solicitadas por usted, o que usted autorizó.
- Divulgaciones incidentales como consecuencia de usos y divulgaciones permitidos.
- Divulgaciones realizadas a personas involucradas en su atención, para fines de directorio o notificación.
- Divulgaciones que permite la ley cuando el uso/divulgación se relaciona con funciones gubernamentales especializadas o instituciones correccionales.
- Divulgaciones que son parte de un conjunto limitado de información que no lo identifica como individuo.

Este listado incluirá la fecha de la divulgación, el nombre y la dirección de la persona que recibe la información, así como un resumen de la información divulgada, además del propósito de la divulgación. Para solicitar un listado de divulgaciones, comuníquese con nuestro **Oficial de Privacidad al (252) 747-8162**.

Derecho a notificación de incumplimiento: Usted tiene derecho a recibir una notificación en caso de un incumplimiento relacionado con su PHI.

Derecho a recibir una copia de este aviso: Usted tiene derecho a solicitar una copia en papel de este Aviso de Privacidad en cualquier momento. Nuestro Aviso de Privacidad está publicado en todos nuestros centros clínicos y en nuestro sitio web: <https://contentnea.org/>. Le proporcionaremos este Aviso de Privacidad a más tardar en la fecha en que reciba por primera vez tratamiento o servicios en nuestras instalaciones, salvo en caso de emergencia.

PÓNGASE EN CONTACTO CON NOSOTROS SI TIENE ALGUNA PREGUNTA O QUEJA.

Si necesita más información relacionada con nuestras prácticas de privacidad, o si considera que hemos violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad a:

Contentnea Health
Oficina Administrativa de Contentnea Health
7 Professional Drive
Snow Hill, NC 28580
Teléfono: (252)747-8162

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

Si recibe este aviso en calidad de paciente nuevo o representante autorizado, firme el acuse de recibo. _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____ Parentesco, si no es el paciente _____



Autorización para divulgar información médica protegida (PHI)

Información del paciente	Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____
Indique la organización o el proveedor específico que posee la información que desea que se divulgue	Nombre de la organización o proveedor: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
¿A dónde desea que se divulgue o envíe la información?	Nombre de la organización o clase de personas que reciben la información solicitada: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
Información que debe divulgarse marque la casilla correspondiente y escriba sus iniciales: Marque las casillas correspondientes e indique las fechas de servicio: Aviso: Las radiografías deben enviarse por correo electrónico y no pueden enviarse por fax	<input type="checkbox"/> Expediente médico completo Fechas de servicio: _____ <input type="checkbox"/> Imágenes/informes de radiografías dentales Fechas de atención: _____ <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio Fechas de atención: _____ <input type="checkbox"/> Información sobre facturación/seguro Fechas de atención: _____ <input type="checkbox"/> Prescripciones Fechas de atención: _____ <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico Fechas de atención: _____ <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____ Fechas de atención: _____ Iniciales: _____
Propósito de la divulgación solicitada:	<input type="checkbox"/> A petición de la persona <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención <input type="checkbox"/> A solicitud del padre, la madre o el tutor legal de la persona <input type="checkbox"/> Cambio de proveedor <input type="checkbox"/> Otros (legal, planificación educativa, facturación) Especifique: _____
Instrucciones de divulgación: ¿Cómo desea que la información se divulgue a la parte receptora? ¿Quién desea que lo recoja si no es usted?	1. Liberar los expedientes mediante: <input type="checkbox"/> Recoge personalmente <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Fax 2. Si se recoge en persona, ¿quién es la persona? Marque la casilla correspondiente <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo/Padre/Madre <input type="checkbox"/> Representante legal Nombre de la persona que recoge el expediente: _____ Relación con el paciente: _____ 3. El personal de Contentnea debe verificar la identidad de la persona y asegúrese de que haya documentación que permita divulgar los registros de esta persona en el registro de salud.
Divulgación de información médica confidencial: lea	La información médica divulgada puede contener información relacionada con la salud mental/conductual, abuso de alcohol o drogas, VIH o SIDA, infecciones de transmisión sexual o planificación familiar. Marque si desea divulgar información relacionada con estas condiciones o no divulgarla y escriba sus iniciales. Aviso: Se requiere una firma para los pacientes menores de edad a fin de divulgar información confidencial relacionada con las afecciones enumeradas anteriormente. <input type="checkbox"/> Divulgar <input type="checkbox"/> No divulgar Firma de un menor (de 13 a 17 años) o firma de un paciente mayor de 18 años

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe hacerse por escrito a Contentnea Health o a otro proveedor al que se le otorgue esta autorización de divulgación. Soy consciente de que mi revocación no es efectiva en la medida en que la persona a la que ya he autorizado a usar/divulgar mi información médica haya actuado en virtud de esta autorización. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y que Contentnea Health no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a si firmo o no esta autorización. También comprendo que si la persona, organización o agencia autorizada para recibir esta información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, la información divulgada puede divulgarse nuevamente y ya no estará protegida por las regulaciones de privacidad federales o estatales. Estoy de acuerdo en que una copia de esta autorización será tan válida como el original. Si autorizo a Contentnea Health a enviar esta información por fax/correo electrónico, reconozco que existirán riesgos inherentes a estos métodos de entrega. Entiendo que se cobrará una tarifa para cubrir los costos de la copia de estos registros. Esta autorización vence un año (365 días) a partir de la fecha de esta divulgación.

Firma del paciente si tiene 18 años o más: _____ Fecha: _____

Firma del padre, la madre o tutor legal si el paciente tiene 17 años o menos: _____ Fecha: _____

Account #: _____