



46 N. Saginaw Pontiac, Mi 48342 Tel: 248/322-OPHS (6747) Fax: 248/322-5787
 Pontiac High School Teen Health Center T: 248/451-7365 Fax: 248/451-7365
 Pontiac Middle School Teen Health Center T: 248/451-8030 Fax: 248/322-5787
 Waterford Teen Health Center T: 248/674-4876 Fax: 248/ 674-6349

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE LA HISTORIA MEDICA

Por favor envíe una copia de esta autorización con la solicitud de la historia médica

INFORMACION DEL PACIENTE (Por favor utilice letra de molde)

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	
Dirección	Ciudad	Código Postal	Número de Teléfono

REVELAR DE: Nombre del Médico o entidad que va a revelar la información

Autorizo a revelar mi historia médica de:

Médico/ Entidad			
Dirección	Ciudad	Código Postal	Número de Teléfono

DIVULGAR A : Nombre del Médico o entidad que va a recibir la información

Por favor envíe mi historia clínica a:

Médico/ Entidad			
Dirección	Ciudad	Código Postal	Número de Teléfono

RAZON PARA DIVULGAR LA INFORMACION:

<input type="checkbox"/> Consulta con especialista	<input type="checkbox"/> transferencia a un PCP nuevo	<input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Historia Individual	<input type="checkbox"/> Cobrar al Seguro	<input type="checkbox"/> Traslado de Ciudad	_____

Por favor divulgue lo siguiente: (Indique todos los que necesite)

<input type="checkbox"/> Lista de Medicinas	<input type="checkbox"/> Informes de rayos X/ Laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes de Abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Lista de diagnósticos	<input type="checkbox"/> Informes de Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Informes de Salud Mental
<input type="checkbox"/> H&P recientes	<input type="checkbox"/> Informes del Hospital	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Informes del progreso	<input type="checkbox"/> Resumen de terminación de servicios	<input type="checkbox"/> Otro _____

- Por favor espere 15 días para hacer el trámite
- Si la información esta incompleta se retrasara el proceso
- Utilizar esta información para un propósito diferente del mencionada esta prohibido

CONSENTIMIENTO

Yo autorizo el divulgar la información señalada y estoy conciente que la informacion divulgada puede contener los resultados de evaluaciones psiquiátricas y psicológicas, de abuso físico, de abuso de alcohol o de drogas.

Autorizo la divulgación de los resultados de mis exámenes de VIH/SIDA. _____ si _____ no (por favor coloque sus iniciales)

Entiendo que se me puede cobrar el costo de las copias que me proporcionen _____ (por favor coloque sus iniciales)

Nombre del Paciente

Representante del Paciente

Fecha

Firma del Paciente

Firma del Representante

Clase de autorización para actuar

INTEGRIDAD

RESPETO

EXCELENCIA

COMPASION