

# Departamento del policía de McComb

## Autorización para el lanzamiento de la información médica

Nombre paciente del: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Cierre relámpago

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono casero

Fecha (o fechas) del tratamiento: \_\_\_\_\_

Autorizo, solicito, y consiento por este medio que las instalaciones o los abastecedores médicos siguientes, sus agentes y los empleados:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lance toda la información, expedientes y comunicaciones médicos, sin la limitación, incluyendo el testimonio con respecto iguales, referente mi diagnóstico y tratamiento en la fecha (o fechas) arriba indicada; ***el incluir*** tratamiento para el abuso de la droga y/o de alcohol o para las condiciones psiquiátricas y/o mentales, resultados de la prueba del VIH o diagnóstico del SIDA y o de otras enfermedades comunicables. Entiendo que la información yo autoriza a persona o la entidad a recibir se puede re-divulgar y es protegida no más por regulaciones federales de la aislamiento. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo rechazar firmar esta autorización. Mi denegación a la muestra no afectará mi capacidad de obtener el tratamiento. Entiendo que esta autorización se puede retirar en cualquier momento por la notificación escrita a los partidos implicados; sin embargo, si la acción se ha adquirido ya mi autorización, no puede ser retirada. He leído y entiendo completamente el precedente. Este consentimiento expira sesenta (60) días a partir de la fecha abajo, a menos que indique una fecha de vencimiento anterior en este espacio \_\_\_\_\_.

Éste sobre la información es ser ( ) lanzado ( ) remitido a:

Nombre

Título

Nombre del patrón

Dirección

Teléfono

He leído y entiendo completamente el precedente. Consiento al acceso de los expedientes médicos al grado y para los propósitos autorizados cerca, \_\_\_\_\_, Policía de McComb Departamento, 135 calle principal del oeste, McComb, Ohio 45858.

\_\_\_\_\_  
Firma paciente del

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso pacientes

\_\_\_\_\_  
Fecha

El paciente no puede firmar este consentimiento porque es he/she:

( ) Unemancipated a menor de edad ( ) Difuntos ( ) la otra razón (especifique abajo)

\_\_\_\_\_

El infrascrito es el paciente s: ( ) Padre ( ) Guarda ( ) Esposo ( ) Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma representativa paciente del

\_\_\_\_\_  
El representativo paciente del imprimió nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha