

¿DIABETES? S N ¿Si es asi, por cuánto tiem o?		
PROBLEMAS DE TIROIDES?		

Minidoka

Memorial Hospital

## Minidoka Medical Center, RHC

1308 8<sup>th</sup> Street Suite I Rupert, Idaho 83350

Office: (208) 436-4322 Fax: (208)436-1312

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Esta autorización debe estar fechada y firmada por el paciente o persona legalmente autorizada para recibir esta información.

Autorizo a Minidoka Medical Center, RHC, a divulgar una copia de mi información médica:

Paciente: _____  Fecha de Nacimiento: _____  Últimos 4 ssN: _____	Recipiente: _____  _____  _____
---	---

### La información se utilizará en nombre del paciente para los siguientes fines:

Transferencia de Cuidado

\_\_\_ Divulgar información al Especialista

Traslado de Residencia

\_\_\_ Seguro/o Propósitos de discapacidad \_\_\_

Legal

Otra razon: \_\_\_\_\_

### Información a divulgar:

\_\_\_ Historial médico pertinente (incluye los últimos 2 años de notas de la oficina, trabajo de laboratorio y todas las pruebas pertinentes)

\_\_\_ Historial médico completo (según el tamaño de la tabla, se aplicarán cargos) Otra razon:

### En conformidad con la estatua del estado que requiere un permiso especial para divulgar información privilegiada, libere los registros que pertenecen a:

Salud mental

SIDA / VIH

\_\_\_ Drogas / Alcoholism

\_\_\_ Abuso sexual / Enfermedad de transmisión sexual (ETS)

\_\_\_ Abuso y abandono infantil

Envíe toda la información solicitada al destinatario mencionado anteriormente. El destinatario entiende que este registro puede ser voluminoso y acepta pagar todos los cargos razonables asociados con proporcionar este registro. Esta autorización expirará 180 días a partir de la fecha de la firma.