



KNOX COUNTY HEALTH CENTER
11660 Upper Gilchrist Road, Mount Vernon, OH 43050
FORMULARIO DE PUBLICACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FDN _____

HABLA A _____

CIUDAD _____ EXPRESAR _____ CÓDIGO POSTAL _____

PUBLICACIÓN DE REGISTROS DE:

NOMBRE DEL MÉDICO _____

NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA _____

HABLA A _____

CIUDAD, EXPRESAR, CÓDIGO POSTAL _____

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:
____ TODOS LOS REGISTROS CLÍNICOS

____ INFORMES DE RAYOS X

____ REGISTROS DE INMUNIZACIÓN

LIBERACIÓN DE REGISTROS A:

NOMBRE DEL MÉDICO _____

NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA _____

HABLA A _____

CIUDAD, EXPRESAR, CÓDIGO POSTAL _____

____ INFORMES DE LABORATORIO

____ ELECTROCARDIOGRAMAS

____ OTRO (ESPECIFICAR) _____

Enumere los registros de otras instalaciones que se incluirán cuando se entreguen con el propósito de continuar con la atención médica: _____

Propósito o necesidad de divulgación (marque las categorías aplicables)

____ Asistencia médica adicional

____ Solicitud de seguro

____ Determinación de discapacidad

____ Pago de reclamación de seguro

____ Evaluación de rehabilitación vocacional

____ Investigación legal

____ Personal

____ Otro

Entiendo que esta autorización será válida por un (1) año a menos que se revoque mediante notificación por escrito a la Clínica del Departamento de Salud del Condado de Knox.

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE MIS REGISTROS MÉDICOS DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES ANTERIORES. ENTIENDO QUE ES NECESARIO UN AVISO POR ESCRITO PARA CANCELAR ESTA SOLICITUD.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

Si está firmado por un representante legal, proporcione su relación con el paciente (es decir, tutor, poder, albacea) y cualquier documentación necesaria para respaldar esta relación.

Firma del testigo _____ Fecha _____