



Name of Staff Member Initiating Release _____
Same Day Release _____ ScanStat Release _____

Consentimiento de Ceder Informacion

River Drive Clinic 500 West River Drive Davenport, Iowa 52801 563-336-3000 – Phone 563-336-3125 – Fax	Dental Clinic 125 Scott Street Davenport, Iowa 52801 563-336-3221 – Phone 563-336-3229 – Fax	Moline Clinic 1106 4 th Avenue Moline, IL 61265 563-327-2000 – Phone 563-327-2045 – Fax	Rock Island Clinic 2750 11 th Street Rock Island, IL 61201 563-327-2100 – Phone 563-327-2102 – Fax	Regional Virology Clinic 1351 W. Central Park Suite 360 Davenport, Iowa 52804 563-421-4244 – Phone 563-421-4285 – Fax
---	--	--	---	--

Nombre de Paciente(name) _____

Expediente _____

Fecha de Nacimiento(date of birth) _____

(Chart#)

Dar Información De: _____

(Release of Information from)

Dar Información A: _____

(Release of Information to)

Nombre/Agencia: _____

(Name/Agency)

Nombre/Agencia: _____

(Name/Agency)

Direccion _____

(Address)

Direccion: _____

(Address)

Ciudad/Estado/Código _____

(City/State/Zip)

Ciudad/Estado/Código _____

(City/State/Zip)

Telefono: _____ **Fax:** _____

(Phone)

Telefono: _____ **Fax:** _____

(Phone)

Información que quiere dar:

- Inmunizaciones (immunizations) Reportes de Progreso (progress reports) Laboratorio (lab reports) Radiología/Rayos-X (radiology reports) Consultas/Referencias (consult/referrals)
- Emergencias/Reportes de Hospital (ER/hospital) Otro (other) _____

***Si esta información en la lista de abajo existe en su expediente, lo podemos compartir:**

Esta información es requerida para:

- Transferir de Cuidado Copia Personal Consulta/Referencia

Disatisfacción con la clinica, por favor especifique _____

Di satisfacción con el doctor, por favor especifique _____

Otro _____

Esta autorización es efectiva por 60 días por la fecha que se firmo. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito. Yo entiendo que una revocación no es efectiva, hasta el punto que Community Health Care, Inc. se ha dependido en el uso o al revelar información de salud protegida. Yo entiendo que la información usada o revelada de conformidad hace que esta autorización este sujeta a volver a revelar por el que la recibí y puede que ya no sea protegida pro la ley federal o ley del estado. Community Health Care, Inc., por su voluntad no podrá cambiar mi tratamiento, inscribirme en un plan de salud o ser elegible por beneficios, (si esto aplica) por si acaso yo no doy autorización para solicitar o revelar. Yo entiendo que tengo el derecho a examinar o copiar la información de protección de salud que se va a usar o información permitida bajo la ley federal o ley del estado y yo rechazo al firmar esta autorización.

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____

Pariente, guardián, o representante autorizado _____

For Same Day Release: I have verified the identity of the patient and obtained a photo ID of the person to whom the authorized release is to be made.

Staff Signature _____ Date _____