TRINITY
IOWA HEALTH SYSTEM

Muscatine

Consentimiento de Autorizac

Hospital ☐

1518 Mulberry Avenue
Muscatine, IA 52761
Tel: 563-264-9219
Fax: 563-264-9589

Physician Clinics

Main Family Practice ☐
1518 Mulberry Avenue
Muscatine, IA 52761
Tel: 563-262-4110
Fax: 563-264-0263

Internal Medicine ☐
Tel: 563-262-4111
Fax: 563-264-9175

OB/GYN ☐
Tel: 563-262-4113
Fax: 563-264-9167

Pediatrics ☐
Tel: 563-262-4115
Fax: 563-264-0166

Surgery/ENT ☐
Tel: 563-262-4112
Fax:563-264-8519

Cedar Street Clinics ☐
1616 Cedar Street
Muscatine, IA 52761

Family Practice ☐
Tel: 563-262-4101
Fax: 563-264-9513

Occupational Medicine ☐
Tel: 563-262-4120
Fax: 563-264-3793

Orthopedics ☐
Tel: 563-264-9185
Fax: 563-264-9182

Public Health ☐
1609 Cedar Street
Muscatine, IA 52761
Tel: 563-263-0122
Fax: 563-263-0520

Wilton Clinic ☐
PO Box 370
Wilton, IA 52778
Tel: 563-732-2121
Fax: 563-732-4232

Yo,_____doy mi consentimiento a (_____)
(Agencia)

Direccion y numero de telefono de Agencia _____

para liberar a _____
(Nombre de la persona/organizacion)

_____
Direccion, numero de telefono, y numero de fax

Información sobre el expediente médico de:

Nombre de Paciente_____ Nombre(s) Anterior_____

Fecha de Nacimiento_____SS#_____Numero de Telefóno_____

Direccion_____

Información Requerida:

❒ X 1 un año ❒ X 3 Años ❒ Laboratorio ❒ Rayos-X ❒ Otro ❒ Immunizaciones

Desde_____hasta_____

Para el propósito de ❒ Aseguanza Medica (cargos seran aplicados) ❒ Legal (cargos seran aplicados) ❒ Continuar Cuidado ❒ Transferir Cuidado ❒ Personal (cargos seran

Entiendo y reconozco que:

1. Mi denegación para firmar esta autorización no afectará a mi capacidad de obtener el tratamiento en el Trinity Muscatine.
2. La información médica que se divulgará conforme a esta autorización puede estar conforme al re-acceso del recipiente y no esta protegido por el estado o la ley federal.
3. Esta autorización es efectivo por un año después de la fecha que fue firmada. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando el aviso escrito al Director de los Servicios administrativos de informacion de salud Trinity Muscatine, 1518 Mulberry Ave, Muscatine, Iowa, 52761. Tengo le derecho de repasar/examinar y descubrir el material. Mi revocación no será eficaz a la acción del grado ha sido ya confianza admitida en mi autorización.
4. He leído (o ha sido leído a mí) y he recibido una copia de este documento. Una fotocopia o una reproducción exacta de esta autorización firmada tendrá la misma fuerza y efectos que la original.

****Entiendo que la información que se libera puede incluir la información en las categorías siguientes a menos que niegue específicamente el liberarlas (Firme con iniciales cualquier categoría que <u>no</u> sera liberada.)**

Sustancia de Abuso_____ Salud mental_____ Información VIH-relacionada_____

Firma del PT/Legal _____Fecha_____

_____
(Relación al paciente y razón por que paciente es incapaz de firmar.)

Firma del testigo_____ Fecha_____

Recolección del testigo _____Fecha_____