Nashville Consortium of Safety Net Providers

Autorización Para Revelar Información Confidencial

Instrucciones: El consorcio de la cadena de proveedores de cuidado de la salud en Nashville(el "Consorcio") está compuesto de varias organizaciones independientes de cuidado para la salud que sirven a pacientes aunque estos no puedan pagar. Los miembros del consorcio están en la lista de la parte de atrás de esta página de autorización y pueden cambiar de tiempo en tiempo. Para coordinar mejor el cuidado proveído a individuos no asegurados, para superar las barreras al acceso al cuidado de la salud que los no asegurados encuentran, y para implementar un sistema apropiado para ayudar a mejorar la salud de aquellas personas que no tienen seguro medico, estos miembros del consorcio pueden necesitar usar y compartir esta información confidencial entre ellos mismos. Para revelar información confidencial se requiere una autorización por cada paciente (o su representante). Si usted esta de acuerdo y autoriza el uso y revelación de información confidencial de su salud a los miembros del consorcio, cómo consta en este documento, por. favor firme abajo.

Por el presente autorizo a empleados de los miembros del consorcio tanto como a practicantes independientes que practican en las organizaciones de los miembros del Consorcio, a mirar, usar y revelar información confidencial de la salud de la persona nombrada abajo por los propósitos anteriormente dichos, a otros miembros del consorcio, Sus empleados y practicantes independientes que practican en las organizaciones de los miembros del consorcio. Entiendo que esta información confidencial puede incluir información personal como (nombre, seguro social, dirección, número de teléfono etc.) información demográfica (sexo, raza, edad, etc.), e información sobre las necesidades de los cuidados médicos diagnostico, tratamiento, servicios médicos, recetas, exámenes y resultados de estos que hayan recibido, y proveedores a quienes han referido para su cuidado. Yo autorizo a sacar información de la persona nombrada mas adelante en cuanto a: (por favor marque):

____ Salud Mental Iniciales: _____
____ Tratamiento para abuso de drogas y alcohol Iniciales: _____
____ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA Iniciales: _____

Yo completamente autorizo a todos las organizaciones de los miembros del consorcio sin importar cual organización lo recibe. Además, yo expresamente señalo y doy autorización a las organizaciones de los miembros del consorcio, a menos que esa decisión sea revocada y dicha decisión sea informada al consorcio. Yo entiendo que puedo revocar esta decisión en cualquier momento con una carta al consorcio a la siguiente dirección: Nashville Consortium of Safety Net Providers, 311 23rd Avenue North, Suite 217, Nashville, TN 37203.
Yo estoy proveyendo esta autorización a Metropolitan Health Department.

_____	_____
Nombre de Paciente en letras de molde	Nombre de Padre/ Guardián/ Otro representante legal si hay alguno
_____	_____
Firma de la persona que permite esta autorización	Fecha y Hora
_____	_____
Firma de Testigo	Fecha y Hora

Nashville Consortium of Safety Net Providers

Matthew Walker Comprehensive Health Center
Metropolitan Nashville General Hospital
Metropolitan Health Department
United Neighborhood Health Services
Baptist Hospital
Centennial Medical Center
Saint Thomas Health Services
Tennessee Christian Medical Center
Southern Hills Medical Center
Vanderbilt University Medical Center
Interfaith Dental Clinic
Centerstone Community Mental Health Centers
Meharry Medical College
Comprehensive Care Center
Faith Family Health Center
Buffalo Valley Treatment Center
Samaritan Recovery Community
Pathfinders Incorporated
Mental Health Cooperative
Foundations
Meharry-Vanderbilt Alliance
Catholic Charities of Tennessee