

Autorización Para El Uso y Divulgación De Información Médica

Aviso Importante: Completando este documento autoriza el acceso y/o el uso de su información médica. La falta de completar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

Tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios no serán condicionadas en mi abastecimiento o el rechazo de esta autorización. Autorizo por este medio a los médicos y a empleados de _____ a ceder información según lo indicado abajo:

Ceder el expediente y la información en relación con:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____

Ceder información a:

Nombre de Recipiente: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____

Duración: Esta autorización será efectuada inmediatamente y estará en efecto hasta el _____ (fecha) o por un año a partir de la fecha de la firma si no anoto una fecha específica.

Revocación: Esta autorización está sujeta a revocación por la persona que firmo en cualquier momento entre hoy y el acceso de la información por el partido que divulga. Una revocación escrita será efectiva en cuanto se reciba durante el proceso de divulgación, pero no será efectiva hasta el punto de el solicitante o otros ya hayan actuado en confianza esta autorización.

Reproducir: Entiendo que el recipiente no podrá divulgar la información médica a menos que otra autorización se obtenga de mí o a menos que el acceso es requerido o permitido específicamente por la ley.

Entiendo que habrá un cargo implicado por producir esta información. Por favor seleccione en que forma usted está solicitando su expediente médico.

Copias \$10 cargo administrativo más \$0.25 centavos por página y el costo de envío.

CD (formato pdf) \$25 más costo de envío.

Especifique la información del expediente que se divulgará marcando las cajas apropiadas:

Información Médica (2 años pasados solamente) -incluye notas de visitas, laboratorios, radiografías, expediente del hospital; excluye información de VIH, Psiquiátrica o abuso de sustancia.

Incluya o Excluya: mensajes, recetas, referencia a especialista y ordenes

Información Médica del _____ al _____ or referente a _____

Resultados de VIH Historial Psiquiátrica Historial de Drogas o Alcohol Otro _____

Yo requiero que la información médica de mi expediente sea usada para el propósito siguiente:

Cambio de Seguro

Segunda Opinión

Uso Personal

Cambio de Doctor

Accidente

Insatisfacción de Atención o Servicio

Mudarse del Área

Caso Legal

Otra _____

Una copia de esta autorización es válida como original.

He recibido una copia de esta autorización. _____(inicial)

Firma de Paciente o Representante Legal Autorizado

Fecha

Relación al paciente _____

El representante autorizado debe presentar copias de documentos legales que respalde la asignación de autoridad.