

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Escriba el nombre completo del paciente

Fecha de nacimiento

Dirección

Número de seguridad social

Ciudad/Estado/Código postal

Número de teléfono de casa

Resumen de alta

Informes de patología

Reportes de emergencia

Historia y física

Reportes de laboratorio

Otros: _____

Notas de progreso

Radiology Reports

Enumere su método de contacto preferido para recibir notificaciones de práctica sobre su salud:

Mensaje de texto, número preferido: _____

Correo electrónico, correo electrónico preferido: _____

Correo de voz, número de teléfono preferido: _____

Hago _____ NO autorizo la divulgación de información relacionada con el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o infección por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), atención psiquiátrica y / o evaluación psicológica, y tratamiento por abuso de alcohol y / o drogas.

POR LA PRESENTE AUTORIZO LA LIBERACIÓN DE REGISTROS DE:

ENVÍE INFORMACIÓN A:

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

Remisión a especialista

Seguro

Compensación de trabajadores

Cambio de médico / proveedor

Investigación legal

Personal

Cuidado continuo

Determinación de discapacidad

Otros (especificar) _____

Nota: Puede haber un cargo por una copia personal o la transferencia permanente de sus registros de la siguiente manera: una tarifa base de \$ 10.00, \$ 0.50 por página para las páginas 1-50, luego \$ 0.25 para cualquier página de más de 50.

Proporcione el mejor número de teléfono en caso de que necesitemos comunicarnos con usted (casa, trabajo o celular): (_____) _____ - _____ .

Por la presente autorizo la divulgación de la información de salud para el paciente mencionado anteriormente. Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo cancelar esta solicitud con una notificación por escrito, pero que no afectará ninguna información publicada antes de la notificación de cancelación. Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o clase de personas o instalación que la recibe y que ya no estaría protegida por las regulaciones federales. Entiendo que el proveedor médico a quien se le proporciona esta autorización no puede condicionar su tratamiento sobre mí si firmo o no la autorización.

Firma del individuo, tutor o representante legal

Fecha