

Autorización de divulgación de expedientes médicos

Nombre del paciente _____ Nombre de soltera _____ SS# _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono de casa _____ Celular/Trabajo _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/CP _____

Correo electrónico: _____

A) Por la presente autorizo los expedientes DE:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/CP _____

_____ Fax _____

B) Para para ser divulgados A:

Nombre _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/CP _____

Teléfono: _____ Fax: _____

C) Con el propósito de:

- Litigio
- Seguro
- Copia propia/personal
- Transferencia o continuidad de la atención
- Discapacidad
- Compensación a los trabajadores
- Otro

Intervalo de fechas de _____ hasta _____

Notas del consultorio del médico Vacunas

Informes de laboratorio/patología Informes operativos/de procedimientos

Informes de cardiología/EKG Informes de radiología/Rayos X/IRM (MRI)
(No incluye imágenes)

Otro Mínimo Necesario

Seleccione cualquier opción(es) necesaria(s) para su solicitud.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una divulgación posterior no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con la persona u organización autorizada que realiza la divulgación.

Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental y tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Expedientes Médicos. Entiendo que la revocación no aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza.

He leído la información provista en este formulario de autorización y por la presente reconozco que estoy familiarizado y entiendo completamente los términos y condiciones de esta autorización.

 (Fecha)

 (Firma del paciente o representante autorizado)

****Sujeto a tarifas**

Esta autorización vencerá un año después de la fecha indicada arriba, a menos que especifique una fecha de vencimiento: _____
 (Fecha de vencimiento de la autorización)

***POR FAVOR LEA** la información de tarifas: Para copias de pacientes que tienen entre 1-30 páginas \$12.00 de tarifa de manejo + \$0.10 por página. Para copias entre 31-60 páginas, \$18.00 de tarifa de manejo + \$0.10 por página. Para copias entre 61-90 páginas, \$24.00 de tarifa de manejo + \$0.10 por página. Para copias entre 91-120 páginas, \$28.00 de tarifa de manejo + \$0.10 por página. Para copias entre 121-150 páginas, \$34.00 de tarifa de manejo + \$0.10 por página. Para copias entre 151-180 páginas, \$40.00 de tarifa de manejo + \$0.10 por página. Para copias entre 181-210 páginas, \$48.00 de tarifa de manejo + \$0.10 por página. Para copias de 211 páginas o más, \$54.00 de tarifa de manejo + \$0.10 por página.