Autorización para divulgar información médica o de facturación protegida

Nombre del paciente: _____

Nickname/Maiden/Alias: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____

Informe médico #: _____

Dirección del paciente: _____

Doy permiso a:

Persona, o _____

Práctica médica _____

De compartir mi información médica con: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

Correo electrónico: _____

Fuentes de información médica

☐ ***Sólo*** incluir información de la instalación al que se le dio permiso anteriormente.

Fechas de tratamiento *(Especificar fecha o intervalo de fechas):* :

Información a ser compartida *(Marcar todas las que apliquen):*

☐ Historia clínica completa ☐ Seguro ☐ Imágenes de radiología
☐ Datos de facturación ☐ Informe de radiología ☐ Otra *(Especificar:)*

Aviso importante: Esta es una divulgación completa.

Razón para divulgar información médica:

☐ Por solicitud (del paciente) ☐ Tratamiento ☐ Discapacidad ☐ Otra *(Describir)* :
☐ Compensacion de trabakadpres ☐ Seguro ☐ Legal

Cómo entregar información médica: ☐ En persona ☐ Recoger ☐ Fax ☐ Correo ☐ Correo electrónico *(cifrada/asegurada)*

1. Por ley, instalacion no puede utilizar o compartir mi información médica sin mi permiso, excepto en los casos que se indican en Aviso de prácticas de privacidad
2. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Debo cancelar por escrito y dirigirlo a la persona u organización nombrada arriba. No puedo cancelar el intercambio de información ya divulgada como resultado de este permiso.
3. No tengo que firmar este formulario. La negativa no va a cambiar mi capacidad de obtener tratamiento, pago del tratamiento o beneficios.
4. Una vez que se envíe la información, ésta puede no estar protegida por la ley. Alguien podría compartir mi información con otras personas sin mi permiso.
5. He leído, entendido y, a solicitud mía, me ha sido dada un copia de este formulario.
6. Esto no es para uso comercial o de investigación.

Aviso: Puede que exista un cargo por hacer copias del expediente médico requerido.

Mi autorización termina 90 días después de la fecha de firma, a menos que una fecha o evento esté escrito aquí: _____

Firma de paciente o representante del paciente **Fecha** **Firma del testigo** **Fecha**

Autoridad legal a firmar por paciente: ☐ Agente de salud ☐ Tutor ☐ Apoderado ☐ Padres ☐ Pariente más cercano ☐ Administrador/Testamentario

Si firma este permiso como tutor del paciente, agente de salud, apoderado o administrador/ejecutor del estado del paciente, usted debe proporcionar la documentación apropiada de autoridad legal antes de que los registros puedan ser entregados.

Paciente es: ☐ Menor ☐ Discapacitado ☐ Fallecido ☐ Incompetente ☐ Incapacitado

Si tiene nivel de Inglés limitado o problemas de audición, ofrecer un intérprete sin costo adicional. ☐ Intérprete aceptado ☐ Intérprete declinado

_____
(nombre/número de personas/servicio elegido/usado)