



**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Por favor, lea cuidadosamente antes de firmar y fechar. Todas las secciones deben completarse para ser compatibles con el HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud).

Cont Care, Images: Date: Records Released: Sent By: For ROI Office Use Only: Date Rcd: Pt#: C Loc: Order #: Date Compl & Init: Spec. Inst:

(1) Nombre del paciente: APELLIDO NOMBRE M.I. Fecha de nacimiento:

¿Ha usado otro nombre alguna vez (señorita, adoptado, apodo, etc.)? No Si

Dirección:

SSN: (últimos 4 dígitos) N.º de teléfono:

(2) INFORMACIÓN QUE SE ENTREGARÁ POR: INDICAR CADA CLÍNICA ESPECÍFICA O PROVEEDOR ORGANIZACIÓN, CLINICA O PROVEEDOR DIRECCIÓN CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL TELÉFONO FAX

(3) INFORMACIÓN QUE SE ENTREGARÁ A: DEBE TENER UNA DIRECCIÓN COMPLETA ORGANIZACIÓN, MEDICO O NOMBRE DIRECCIÓN CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL TELÉFONO FAX

(4) INFORMACIÓN AUTORIZADA PARA COMUNICAR: (Elegir sólo una) Para peticiones del paciente: incluye, pero no se limita a, notas de oficina, historial y exámenes físicas, ensayos y algunas notas de enfermería. TODAS LAS FECHAS DE EXPEDIENTES MÉDICOS Informe médico para las fechas siguientes: HASTA Información específica: Solo para empleados: Acceso a todos los registros de salud electrónicos MHS por empleado miembro de la familia (Solo visualización).

(5) TIPO DE REGISTRO (ELIJA UNO): Médico Imágenes de Diagnóstico (6) PROPÓSITO: PERSONAL LESIONES DE AUTO ALEGACIONES DE SALUD COMPESACION DE TRABAJO TRANSFERENCIA DE CUIDADOS LEGAL CONTINUACIÓN DE LOS CUIDADOS SOLICITUD DE SEGURO SEGURO SOCIAL DE DISCAPACIDAD DISCAPACIDAD A LARGO/CORTO PLAZO

Nota: Puede haber un cargo por las copias de los historiales médicos a menos que se envíen a otro centro médico o proveedor de salud.

(7) Esta autorización tendrá validez durante 365 días a partir de la fecha de su firma o hasta, lo que ocurra antes. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento mediante la notificación al proveedor de información arriba mencionado, por escrito, excepto cuando se ha obtenido esta autorización como una condición para obtener cobertura del seguro. Cualquier divulgación de información realizada antes de mi revocación del acuerdo con esta autorización no constituirá una violación de mis derechos a la confidencialidad. MHS Y sus afiliados no pueden condicionar el tratamiento basado en la firma de autorización para la divulgación. La información utilizada/divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación del recipiente y ya no estará protegida. Esto puede incluir los expedientes creados después de la fecha de la firma, si no ha caducado.

(8) INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LAS LEYES DEL ESTADO Y FEDERALES Entiendo que la información dada a conocer de mi historial sanitario puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o impedimentos relacionados con los genes, incluyendo las pruebas genéticas. También puede incluir información sobre servicios de salud mental o de comportamiento, y sobre tratamientos para el abuso del alcohol o drogas o servicios de autopago. Por la presente se autoriza a divulgar toda la información/historiales relacionados con dicho diagnóstico, pruebas, tratamiento, salvo que se excluya específicamente en la línea de abajo:

EXCLUSIONES:

(9) FIRMA LEGAL: FECHA: El padre/tutor legal debe firmar si el paciente es un menor: NE de menos de 19 años de edad; IA menores de 18 años Obligatorio: adjuntar la documentación legal (POA, tutela)

(10) IMPRIMIR SU NOMBRE:

(11) Si no es el paciente, la relación con el paciente : (ENCIMA)

