

Solicitud de Registros Médicos

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección postal: _____ Correo electrónico: _____

Descripción de la información que se divulgará: Autorizo a la práctica a divulgar toda o parte de mi información de salud individualmente identificable descrita a continuación, la cual puede incluir información relacionada con enfermedades transmisibles como el Virus de Inmunodeficiencia Humana ("VIH") y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("SIDA"), enfermedades mentales (excepto notas de psicoterapia), dependencia química o alcohólica, resultados de pruebas de laboratorio, historial médico, tratamiento o cualquier otra información relacionada. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Además, entiendo que mi atención médica y el pago de la misma no se verán afectados si no firmo este formulario. También entiendo que una copia de esta autorización es tan válida como el original y que el proveedor no puede condicionar el tratamiento a mi decisión de firmar este formulario. Entiendo que si el destinatario autorizado para recibir la información no es una entidad cubierta, por ejemplo, una compañía de seguros o un proveedor de atención médica, la información divulgada puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales y estatales de privacidad. Mi proveedor no puede negarme el tratamiento si no firmo este formulario. Una copia de este formulario es tan válida como el original.

Información a divulgar (seleccione una opción): _____ Expediente completo del paciente ☐ Fecha(s) de tratamiento: De _____ a _____

Si se solicita información de facturación, marque aquí: _____

Motivo de la divulgación: A solicitud del individuo

(DE) La siguiente organización está autorizada a divulgar la información:

Nombre de la persona/entidad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

****** Autorizo a la entidad identificada anteriormente a divulgar o proporcionar información de salud protegida sobre mí a la persona/entidad que se indica a continuación.

(A) Quién está autorizado a recibir la información:

Nombre de la persona/entidad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

****Nota:** Algunos métodos de transmisión por fax y correo electrónico no son seguros, y es posible que su información de salud protegida (PHI) se vea comprometida durante la transmisión desde nuestra práctica. No designe el fax o el correo electrónico como su método preferido si esto le preocupa. Esta autorización vencerá 12 meses después de la fecha de la misma, a menos que usted especifique lo contrario. Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito a la práctica. La revocación será efectiva a partir de la recepción de la notificación por escrito. No tenemos control sobre la(s) persona(s) que usted ha designado para recibir su PHI. Por lo tanto, la PHI divulgada bajo su autorización puede dejar de estar protegida por los requisitos de la Regla de Privacidad y ya no será responsabilidad de la práctica. Se entiende que puede aplicarse una tarifa por la obtención de los registros.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si usted no es el paciente:

*¿Cuál es su relación con el paciente? _____

*Si usted es el representante de decisiones de atención médica del paciente, proporcione un Poder Notarial Médico (Medical Power of Attorney).

*Si el paciente falleció y usted es el representante personal de su patrimonio, adjunte evidencia (por ejemplo, certificado de defunción).