

Autorización de MediCopy para la divulgación de registros médicos

¿De dónde vienen los registros?

Centro Medico / Nombre del médico:

Nombre(s) del proveedor:

la dirección:

Ciudad:

Estado:

Cuéntanos sobre el paciente.

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

SSN: XXX-XX-

Correo electrónico translation:

la dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono #:

Fax#:

¿Dónde enviamos los registros?

Nombre:

Correo electrónico translation:

la dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono #:

Fax#:

Qué te gustaría enviar? Marque todo lo que corresponda.

Todos los registros Notas de la oficina/clínica Informes Operativos Psicológico/Psiquiátrico, si lo hay

Resultados de laboratorio/patología Informes de radiología Registros de inmunización Abuso de sustancias, si lo hay

Últimos dos años de registros Fechas _____ a _____

Otro _____

Si no desea que se divulguen ciertas partes de sus registros médicos, marque las categorías enumeradas a continuación que desea excluir.

Abuso de sustancias, si hay SIDA / VIH / ETS, si los hay Condiciones psicológicas / psiquiátricas, si las hay.

Propósito de la divulgación: ¿Por qué enviamos los registros?

Uso personal Litigios/Legal Seguro Continuación de la atención Transferencia a nuevo médico

Método de entrega: ¿Cómo desea que le enviemos los registros?

Correo electrónico Fax Franqueo (se aplica una tarifa adicional)

Firma del paciente

Por la presente autorizo a MediCopy y sus afiliados a divulgar o divulgar a la (s) persona (s) u organización mencionada anteriormente, todos los registros médicos solicitados, incluidos los registros especialmente protegidos, como aquellos relacionados con impedimentos psicológicos o psiquiátricos, abuso de drogas, alcoholismo, anemia falciforme o infección por VIH, a menos que se indique lo contrario. 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 la información publicada antes de la cancelación de la notificación. Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario en esta solicitud y ya no estará protegida por las regulaciones federales. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi proveedor de atención médica no puede condicionar el tratamiento a que yo firme esta autorización.

Firma del paciente

La Fecha:

Relación con el paciente: