

Paciente Nunme _____ Maiden Name _____ SS# _____

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

Dirección _____ Ciudad/Estado/ Código postal _____

Dirección de correo electrónico: _____

A) Por la presente autorizo registros DE:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/ Código postal _____

De Teléfono# _____ De Fax# _____

B) Para ser liberados a:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/ Código postal _____

De Teléfono# _____ De Fax# _____

C) Con el propósito d

- _____ Litigio _____ Discapacidad/SSI
_____ Seguro medico _____ Compensación de trabajo
_____ Copia personal / propia _____ Otra
_____ Continuidad de la Atención
_____ Transferencia de Atención (Salir Permanentemente)

Rango de fechas _____ a _____

- Notas del consultorio del medico
 Informes de cardiología / electrocardiograma
 Vacunas
 Informes de laboratorio / ruta
 Informes operativos / de procedimiento
 Informes de Radiología / Rayos X / MRI
 Otro _____
 Mínimo necesario

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información sanitaria es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva consigo el potencial de una redisclosure autorizada, y la información puede no estar protegida por las reglas 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 la enfermedad de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre los servicios de salud conductual o mental, y el tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoque esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Registros Médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley proporcione a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza.

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

_____ ** Sujeto a tarifas Fecha
Firma del paciente / padre / tutor o representante autorizado

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