



## MediCopy Discapacidad / FMLA Formulario de admisión y autorización

### ¿De dónde viene el formulario / registros?

Centro Medico / Nombre del médico:

### Cuéntanos sobre el paciente.

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

SSN: XXX-XX-

Correo electronico translation:

la dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono #:

Fax#:

### ¿Dónde enviamos el formulario / registros completos?

Nombre:

Correo electronico translation:

Habla a:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono #:

Fax#:

### Qué te gustaría enviar?

Nombre del médico tratante::

El tiempo libre es: (un círculo)

**Intermitente o Continuo**

Fecha de inicio del tiempo libre:

Fecha estimada de regreso al trabajo:

/ /

/ /

Información Adicional:

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.

### ¿Por qué enviamos el formulario / registros completos?

Propósito de la divulgación \_\_\_\_\_

### 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.

Firma del paciente:

La Fecha:

Relación con el paciente: