

Autorización para la Divulgación de Registros Médicos

¿De dónde se están liberando los registros médicos?

Nombre de la Instalación: _____ Nombre(s) del Proveedor: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____

Cuéntenos sobre el paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SSN: XXX-XX-_____
 Email: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono #: _____ Fax #: _____

¿A dónde estamos enviando los registros médicos?

Nombre: _____

Email: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal : _____

Teléfono#: _____ Fax#: _____

¿Qué le gustaría que se liberara? Marque todas las que apliquen.

- Todos los Registros
 Notas de la Oficina/Clínica
 Informes Operatorios
 Condiciones Psicológicas/Psiquiátricas
 Laboratorio/Patología
 Informes de Radiología
 Registros de Inmunización
 Abuso de Sustancias
 Últimos Dos Años de Registros
 Fechas _____ to _____
 Otro _____

If you do not want certain portions of your medical records released, please check the categories listed below you would like excluded.

- Abuso de Sustancias, si lo hay
 SIDA/VIH/ETS, si las hay
 Condiciones Psicológicas/Psiquiátricas, si las hay

Propósito de la Divulgación: ¿Por qué estamos enviando los registros?

- Uso Personal
 Litigio/Legal
 Seguro
 Continuación de la atención
 Transferencia de la Atención

Método de Entrega: ¿Cómo le gustaría que se enviaran los registros?

- Email
 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. 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 mencionado anteriormente y ya no estará protegida por las regulaciones federales. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y mi proveedor de atención médica no puede condicionar el tratamiento a mi firma de esta autorización.

La Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Relación con el Paciente: _____