



## Autorización para la Divulgación de Registros Médicos

¿Dónde están los registros procedentes de?

Facilidad / El nombre del médico :

### Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: XXX-XX-\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

¿Dónde estamos enviando los registros?

Nombre: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal : \_\_\_\_\_

Teléfono#: \_\_\_\_\_ Fax#: \_\_\_\_\_

¿Qué te gustaría lanzado?

### Categorías Específicas

Todos los Registros  Notas Clínicas  Radiología  Informes Operativos  Laboratorios  Vacunas

Fechas \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

Si no desea que ciertas partes de su historia clínica publicadas, por favor marque las categorías que figuran a continuación que le gustaría excluir.

Abuso de Sustancias, en su caso  SIDA/VIH/ETS, en su caso  Condiciones Psicológicas/Psiquiátricas, en su caso

¿Por qué estamos enviando los registros?

### Propósito de la Divulgación

Uso Personal  Litigio/Legal  Seguro  Transferencia de la Atención (últimos dos años se ha enviado a un médico sin costo)

HIPAA por 45 CFR 164.524, se le puede cobrar una tarifa razonable para la reproducción de los registros médicos.

Las tarifas no son reembolsables una vez que se prestan los servicios. El pago es debido en la recepción de la factura.

¿Cómo le gustaría a los registros enviados?

### Método de Entrega

Email  Fax  Recoger  Franqueo  (se aplica una tarifa adicional)

### La 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:** \_\_\_\_\_