



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/Clinica

☐ 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: