

Autorización para Enviar/Obtener Información Médica

Nombre Completo del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Paciente: _____

Número de teléfono del Paciente: _____ Correo Electrónico del Paciente: _____

Complete Ambas Secciones a Continuación

Solicitar Registros Médicos de:

Nombre de la Oficina _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Enviar registros médicos a:

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Fechas de Servicio: Desde _____ Hasta _____

Solicitud de Registros Médicos

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Registro médico completo | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio/Informes de patología | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Resumen de la visita | <input type="checkbox"/> EKG | |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones | |
| <input type="checkbox"/> Pruebas/Evaluación Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Registros de facturación | |

Propósito de la Divulgación

- Abogado/Legal Seguro/Compensación Laboral Razones Personales Tratamiento

Entiendo que esto incluirá información relacionada con: síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), complejo relacionado con el SIDA (ARC), enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, hepatitis, enfermedades transmisibles, enfermedades infecciosas, tratamiento para el abuso de alcohol y / o drogas, y / o servicios de salud mental.

Divulgación de información

- Entiendo que esta autorización se extiende a todos los registros médicos de otros proveedores en la medida indicada anteriormente; esto puede incluir cualquier información sobre el tratamiento del abuso de sustancias, los servicios de salud mental, las enfermedades transmisibles y las enfermedades infecciosas, incluidas las enfermedades de transmisión sexual, la infección por VIH, el complejo relacionado con la inmunodeficiencia adquirida, las enfermedades venéreas, la hepatitis o la tuberculosis.
- Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se divulgará y puedo, tras la inspección, negarme a firmar la autorización o puedo revocar esta autorización en cualquier momento si ya está firmada enviando una revocación por escrito al Gerente de Práctica en su consultorio médico. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. A menos que se revoque, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición:
Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización expirará en seis (6) meses.
- Entiendo que cualquier divulgación de esta información conlleva el potencial de volver a divulgarla y la información puede no estar protegida por las reglas o regulaciones de confidencialidad federales o estatales.
- Entiendo que mi tratamiento continuo o futuro o el pago a las Oficinas Médicas de Holland Hospital no está condicionado a que proporcione o firme esta autorización, a menos que esta autorización se haga con el fin de proporcionar datos relacionados con investigación médica o de ensayos clínicos.
- Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento continuo o futuro.
 Se me ha proporcionado una copia de esta autorización para mis registros.

Firma del paciente o persona autorizada para dar su consentimiento: _____ Fecha: _____

Relación, si no es paciente, tutor legal – adjuntar documentación: _____

Testigo: _____

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Registros Médicos al 616-394-3154.