



AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL

Completar un formulario por paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre _____
Dirección Ciudad, Estado, Código Posta _____
Dirección de Correo Electrónico _____

Fecha de Nacimiento _____
Número de Seguro Social _____
Teléfono _____

LIBERAR HISTORIAL MÉDICO DESDE:

Nombre _____
Teléfono _____
Dirección Ciudad, Estado, Código Posta _____
Dirección de Correo Electrónico / Número de Fax _____

LIBERAR HISTORIAL MÉDICO A:

Nombre _____
Teléfono _____
Dirección Ciudad, Estado, Código Posta _____
Dirección de Correo Electrónico / Número de Fax _____

FECHAS DE ATENCIÓN: (Requerido) ____/____/____ a ____/____/____

HISTORIALES MÉDICOS A LIBERAR: (REQUERIDO)

Visitas a la Oficina Informes de Radiología Informes de Patología Imágenes
 ECG Informes de Laboratorio Resumen de Alta Otro _____

(REQUERIDO) __ YO AUTORIZO __ YO NO AUTORIZO la liberación de información relacionada con el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o la infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana), atención psiquiátrica y/o evaluación psicológica, y tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas (INICIALES): _____

PROPÓSITO DE LA LIBERACIÓN: (REQUERIDO)

Personal Referencia a Especialista Determinación de Discapacidad Seguro Investigación Legal
 Transferencia de Cuidado a un Nuevo Proveedor - Debe notificar a su Aseguradora sobre el Cambio de Proveedor (INICIALES): _____
 Otro (por favor, especifique) _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PACIENTE (SI EL PACIENTE TIENE 18 AÑOS O MÁS):

Reconozco que soy un representante legal o una persona autorizada del paciente mencionado arriba. Al firmar a continuación, estoy autorizando la liberación y divulgación de la información médica confidencial del paciente. Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo cancelar esta solicitud mediante notificación escrita, y esto no afectará ninguna información liberada antes de la notificación de cancelación. Comprendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o la entidad que la recibe y que ya no estaría protegida por las regulaciones federales. Entiendo que el proveedor médico al cual se autoriza proporcionar esta información no puede condicionar su tratamiento hacia mí en función de si firmo la autorización.

Firma del Representante Legal/Paciente mayor de 18 años

Fecha

Nombre Impreso del Representante Legal/Paciente mayor de 18 años

Relación con el Paciente