AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Esta autorización permite que el (los) proveedor(es) de atención médica nombrados a continuación divulguen información médica confidencial y registros con respecto a mi historial médico, enfermedad o lesión, consulta, recetas, tratamiento, diagnóstico o pronóstico, incluidas radiografías, correspondencia y / o registros medicos por medio de correo, fax u otro electrónico métodos para:

_____ ( ) _____
Quién va a recibir información — Número de teléfono

_____ ( ) _____
Dirección postal o dirección de correo electrónico — Número de fax

Por la presente autorizo: **ATIGA FAMILY PRACTICE** para divulgar la siguiente información médica indicada:

(___) Ilimitado (todos los registros, excluyendo el abuso de sustancias, la salud mental, el diagnóstico/ tratamiento del VIH a menos que se marque a continuación)
(___) Limitado a lo siguiente: _____

También doy mi consentimiento para la publicación específica de los siguientes registros:
Nota: Información y registros sobre el tratamiento de menores, VIH, condiciones psiquiátricas/de salud mental, o el abuso de alcohol/sustancias tiene reglas especiales que requieren autorización específica.

(___) Abuso de drogas/alcohol / sustancias (___) Diagnóstico / tratamiento del VIH/SIDA
(___) Resultados de las pruebas psiquiátricas/de salud mental
(___) Resultados de las pruebas para pruebas genéticas

DURACIÓN: Esta autorización tendrá efecto inmediato y permanecerá vigente durante un año a partir de la fecha de firma que figura a continuación o hasta: _____

RESTRICCIONES:
Los permisos para el uso futuro o la divulgación de esta información médica no se otorgan a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Una fotocopia de este facsímil para su autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Se me ha informado de mi derecho a recibir una copia de esta autorización.

_____ _____ _____
Firma del paciente o representante legal/personal — Fecha — *Relación si no es el paciente*

_____ _____
Nombre del paciente (impreso) — Fecha de nacimiento

(01/19/2022)