

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Ph: 855-514-2378 | Fax: 800-818-2114 | Email: requests@provider1st.com | Mail: PO BOX 54650 Irvine CA 92619

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Dirección del paciente:	
Correo electrónico del paciente:	Teléfono:

Autorizo a los siguientes a divulgar la información de salud protegida del paciente mencionado anteriormente:

Nombre del centro/Nombre del médico:	
Dirección:	
Teléfono:	Fax:

Por favor, divulgue la información médica protegida del paciente mencionado anteriormente a las siguientes personas:

Nombre de la persona/Nombre de la entidad:	
Dirección:	
Correo electrónico:	Fax:

Método de entrega:

- Fax Correo electrónico CD de correo

Existe cierto riesgo al divulgar registros a través de medios electrónicos sin cifrar o correo electrónico. No nos responsabilizamos del acceso no autorizado a la PHI contenida en este formato ni de ningún riesgo (por ejemplo, virus) que pueda afectar a su computadora o dispositivo al recibir PHI en formato electrónico o correo electrónico.

Propósito de la divulgación:

- Tratamiento/Atención continua Uso personal Aseguranza Discapacidad Legal Otro: _____

Fecha(s) de servicio autorizada para divulgar:

Información de salud protegida que debe divulgarse:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registro complete | <input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> Registros de facturación |
| <input type="checkbox"/> Historia y Físico | <input type="checkbox"/> Imágenes | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Reportes de patología | <input type="checkbox"/> Cardiología | <input type="checkbox"/> Órdenes médicas |
| <input type="checkbox"/> Reportes de salas de emergencia | <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Informe operative |
| <input type="checkbox"/> Notas de enfermeras | <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Reportes de radiología |

Si desea que se divulgue cualquiera de la siguiente información confidencial, marque las casillas correspondientes a continuación:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento/derivación de trastornos por consumo de sustancias | <input type="checkbox"/> Tratamiento relacionado con el HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Salud mental (excluyendo notas de psicoterapia) | <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas | <input type="checkbox"/> Registros de salud reproductiva |

Entiendo que esta autorización tiene una vigencia de hasta un año a partir de la fecha de firma, a menos que se especifique lo contrario a continuación. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a la entidad/persona a la que autorice anteriormente para divulgar la información. Entiendo que los registros divulgados en virtud de esta autorización pueden estar sujetos a una nueva divulgación por parte del destinatario y podrían dejar de estar protegidos por las leyes federales o estatales de privacidad. Entiendo que la entidad autorizada para divulgar mis registros no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para los beneficios a la firma de esta autorización.

Si corresponde, especifique otra fecha/evento de vencimiento aquí: _____

Firma del paciente

Fecha

Firma del representante autorizado

Fecha

Nombre impreso del paciente / representante autorizado

Relación con el paciente