

Revelación de registros médicos

Clinic Stamp



Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre anterior _____ Teléfono de contacto diurno _____

Marque una opción:

Solicito y autorizo a PHMG a: Revelar a Obtener de

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Puede utilizar o revelar la siguiente información de salud (marque todas las opciones que correspondan):

Se podrá cobrar un cargo por servicio de \$10 a los pacientes que pidan un período mayor a los últimos 2 años de su historia clínica. Se debe pagar antes de hacer la copia. Todos los registros pueden grabarse en un CD, enviarse por fax o por correo electrónico. Habrá cargos adicionales si se solicitan copias en papel.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Expedientes | <input type="checkbox"/> Resumen de la consulta del paciente | <input type="checkbox"/> Todos los registros |
| <input type="checkbox"/> Laboratorios/patologías | <input type="checkbox"/> Consulta más recientes con especialistas | <input type="checkbox"/> Facturación |
| <input type="checkbox"/> Radiografías/diagnósticos | <input type="checkbox"/> Último control de niño sano | |
| <input type="checkbox"/> Vacunaciones | <input type="checkbox"/> Tabla de crecimiento | |

Otro registro _____ Período de tiempo solicitado _____

Recogida _____ ¿Dónde? _____ Por fax _____ Por correo postal _____ Por correo electrónico _____

Dirección de correo electrónico _____

Motivo de la autorización: A petición del interesado Otro motivo: _____

Vencimiento: Fecha: _____ O Evento (única revelación): _____

Comprendo que, si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las normas federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede volver a revelarse y ya no estará protegida por dichas normas.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi consentimiento para utilizar o revelar mi información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pagos u operaciones relacionadas con la atención médica. Puedo revisar o copiar cualquier información que se utilice o revele conforme a esta autorización. He autorizado a PHMG a fotocopiar esta autorización y usted puede aceptar una copia de este documento como si fuese el original.

Comprendo que puedo presentarle a PHMG la anulación de esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que dicha información ya se haya revelado en respuesta a esta autorización. A menos que se haya anulado, esta autorización caducará en 12 meses salvo que se haya establecido la fecha anteriormente.

AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA

Comprendo que mi información de salud que será revelada PUEDE INCLUIR información que esté relacionada con las enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), los servicios conductuales o de salud mental o los tratamientos para el abuso del alcohol o las drogas. Mi firma a continuación autoriza la revelación de toda dicha información, a menos que haya marcado NO y haya escrito las iniciales.

_____ Sí _____ NO _____ INICIALES

Firma/parte legalmente responsable

Relación con el paciente

Fecha