



Autorización para la Divulgación de Información Médica

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Teléfono (casa) _____ Celular/Trabajo _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/C.P. _____

Correo Electrónico: _____

A) Autorizo registros DESDE:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/C.P. _____

Teléfono# _____ Fax# _____

B) Para ser enviados A:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/C.P. _____

Teléfono# _____ Fax# _____

C) Propósito:

- _____ Litigio
- _____ Seguro
- _____ Copia Personal
- _____ Continuidad de Atención
- _____ Discapacidad/SSI
- _____ Compensación Laboral
- _____ Otro
- _____ Transferencia de Atención (Salida Permanente)

Rango de Fechas _____ a _____	
<input type="checkbox"/> Notas Médicas	<input type="checkbox"/> Cardiología/EKG
<input type="checkbox"/> Inmunizaciones	<input type="checkbox"/> Laboratorio/Patología
<input type="checkbox"/> Reportes Operativos/ Procedimientos	<input type="checkbox"/> Radiología/Rayos X/RM
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Lo Mínimo Necesario

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es necesario que firme este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una divulgación posterior no autorizada y que dicha información podría no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con la persona u organización autorizada que realiza dicha divulgación.

Entiendo que la información de mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o salud mental, así como tratamiento por consumo o abuso de alcohol y drogas.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar dicha revocación por escrito al Departamento de Registros Médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Asimismo, entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a dicha compañía el derecho de impugnar una reclamación presentada conforme a mi póliza.

He leído la información proporcionada en este formulario y reconozco que conozco y comprendo plenamente los terminos y condiciones de esta autorización.

(Fecha) _____
(Firma del Paciente/Padre/Tutor o Representante Autorizado) ****Sujeto a cargos**

Esta autorización vencerá después de la divulgación, a menos que especifique una fecha de vencimiento: _____

***POR FAVOR LEA LA INFORMACIÓN SOBRE CARGOS: MD Pediatric Associates** contrata a una organización externa para copiar y proporcionar la mayoría de los expedientes médicos solicitados a través de nuestro consultorio. Esta organización se reserva el derecho de cobrar las tarifas por expedientes médicos establecidas por la legislación estatal aplicable. Los cargos por copias, así como los gastos de envío, le serán facturados junto con todas las instrucciones necesarias para recibir sus expedientes. Al firmar esta autorización, usted acepta pagar los costos asociados con la obtención de sus expedientes médicos si se generan dichos cargos. En los casos de continuidad de la atención médica o cuando el paciente solicite una copia para uso personal, podremos, como cortesía, transferir un resumen de sus expedientes médicos en lugar del expediente completo e íntegro.

2018 Authorization Form