

Autorización Para Divulgar Información Médica Confidencial

Información del paciente (Por favor, use latía de molde)

| | | | |
|----------------------|-----------|--------------------------------|----------------|
| Nombre: | | Apellidos: | |
| Fecha de Nacimiento: | Teléfono: | Correo electrónico (opcional): | |
| Calle: | Ciudad: | Estado: | Código Postal: |

Por favor procesar esta autorización ahora. Por favor mantener esta autorización en archivo para posible divulgación a futuro.

Yo autorizo: Madisonhealth Otro: _____

A divulgar: Mismo

| | |
|---|--|
| y/o Tercera parte _____ Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____ Correo electrónico _____ | Tercera parte _____ Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____ Correo electrónico _____ |
|---|--|

El siguiente tipo(s) de información según esta autorización:

- Cualquier información sobre la salud del paciente, la atención médica, o el pago durante el período en cuestión.**
- Sólo los siguientes expedientes de salud del período en cuestión:**
 - Informe de Consulta Registros de la Sala de Emergencia Último Consumo por Boca Informe de Operación Apuntes de Progreso del Médico Todos
 - Resumen de Alta Historia y Físico Apuntes de Enfermeras Informe de Patología Imágenes de Radiología
 - Electrocardiograma Informes de Laboratorio Notas de Oficina Órdenes del Médico Reportes de Radiología
- Registros de facturación y pago por atención prestada durante el período en cuestión.**
- Otro:** _____

Registros o información relacionada a el siguiente periodo de tiempo:

- La atención de salud del paciente en cualquier momento.
- La atención de salud del paciente entre (fecha) _____ y (fecha) _____

Propósito de uso o divulgación:

- Personal Legal/Abogado/Orden Judicial Solicitud de Incapacidad
- Seguro Tratamiento/Continuación de Atención Médica Otro (especificar): _____

Entrega: Papel: En persona Entrega de correo 0

Electrónico: Correo electrónico seguro Correo electrónico no seguro CD
 Doy mi consentimiento y acepto el riesgo de transmitir ISP a través de correo electrónico no cifrado. () (iniciales)

Derechos y limitaciones: Yo puedo revocar mi autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la extensión en que una acción ya haya sido tomada para cumplir con la misma. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley proporciona a mi asegurador el derecho de disputar una demanda bajo mi póliza. **A menos que sea revocada de otro modo, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición:** _____
Si yo no especifico una fecha, evento o condición de expiración, esta autorización expirará un año después de la fecha de esta autorización. No necesito firmar este documento para asegurar mi tratamiento. Entiendo que después de que se revele información médica confidencial a otros, la información médica confidencial podría ser divulgada a individuos u organizaciones que estén sujetas a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico y podría ya no estar protegida por la HIPAA.

| | | |
|---|--------|--|
| Firma del Paciente o de su Representante Legal: | Fecha: | Autoridad del Representante Legal: <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Poder Legal para Atención Médica <input type="checkbox"/> Otro, explique: _____ |
| Nombre en letra de molde del Representante Legal: | | |

OFFICE USE ONLY: Authorizer's ID Verified | ID of 3rd Party Receiving Records Verified | Completed by: _____

Patient Telephone Request (verified): SSN or DL# DOB Presenting illness Address (3 of 4 required)

Date released: ____ / ____ / ____ Info already released Needs to be released Copy of ROI to Patient