

Por favor complete este formulario si:

no tenemos registros de su(s) proveedor(es) anterior

desea tener RMPC dar sus registros a alguien

Autorización Para Obtener Expedientes Médicos

Debe completarse para todas las autorizaciones:

Por la presente autorizo el uso y la divulgación de mi información personal de salud como se describe a continuación. Entiendo que esta Autorización es voluntaria, y no afectará en modo alguno el tratamiento, el pago, la inscripción o elegibilidad de beneficios.

Además, entiendo que me puede inspeccionar y copiar cualquier información revelada en virtud de la presente autorización. Yo entiendo que, si la organización autorizada a recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención de la salud, la información divulgada no podrá estar protegidos por normas federales de privacidad.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

La persona u organización que proporciona la información:

La persona u organización que recibe la información:

La finalidad de este autorizó la liberación de información es: _____

a petición de la persona

Autorizo al médico para dar la información especificada a continuación para la organización, agencia o persona nombrada en esta solicitud. Autorizo específicamente la publicación de información relativa a la condición siguiente(s). Si estos no están marcados no pueden ser compartidos.

El uso indebido de drogas

Toxicomanía

Condición psicológica o psiquiátrica

VIH/SIDA

Por favor, comparta los siguientes registros:

todos los registros generados en su oficina

Otros: _____

(Las fechas específicas de tratamiento o descripción específica de la información solicitada)

¿Estás dejando nuestra práctica?

Sí

No

Si la respuesta es sí, por favor explique:

Debe completarse para todas las autorizaciones:

- Entiendo que esta autorización caducará a los 90 días desde la fecha de la firma.
- Yo entiendo que, si la organización autorizada a recibir la información no es un plan de seguro médico o proveedor de atención médica o cualquier otro tipo de entidad considerada una entidad cubierta bajo HIPAA, la información divulgada no podrá estar protegido por regulaciones federales de privacidad, y que la información puede ser revelada por las partes enumeradas, y dejará de estar protegido.
- Tengo entendido que los reglamentos federales y estatales permiten un honorario razonable para ser cargada por la duplicación de la información protegida de la salud, y que me puede cobrar una tarifa para copiar y enviar los registros que estoy solicitando.

Firma del paciente o representante del paciente

Fecha

Imprima Nombre de paciente o representante del paciente

Revocación de autorización:

Entiendo que la autorización es voluntaria y puede ser revocado en cualquier momento por la firma a continuación y volviendo a la práctica. Entiendo además que cualquier dicha revocación no se aplica en la medida en que las personas autorizadas para usar y/o revelar mi información de salud han actuado ya en mi autorización previa(s).

Procedo a revocar esta autorización, eficaz ____ / ____ / ____

Firma del paciente (Representante)

Fecha

Nombre imprimido de paciente (Representante)