

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA



INFORMACIÓN GENERAL

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____

NOMBRE DE SOLTERA U OTRO NOMBRE UTILIZADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

POR LA PRESENTE AUTORIZO A: (USAR LETRA IMPRENTA)

A DIVULGAR A: (USAR LETRA IMPRENTA)

INSTITUCIÓN O CENTRO MÉDICO: _____

INSTITUCIÓN O CENTRO MÉDICO: _____

DIRECCIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE MIS REGISTROS:

- COPIA DEL HISTORIAL CLÍNICO COMPLETO INFORMES DE LABORATORIO INFORMES DE RAYOS X SALUD DEL COMPORTAMIENTO
- OTROS: (POR FAVOR ESPECIFICAR) _____

QUE ABARCA EL PERIODO DESDE: _____

LA INFORMACIÓN DEBE SER DIVULGADA CON EL FIN DE: _____

ESTA AUTORIZACIÓN CADUCARÁ EL: (ESPECIFICAR FECHA, EVENTO O CONDICIÓN) _____

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que para revocar esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación a Hunter Health. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo de conformidad con mi póliza. A menos que se revoque anticipadamente, esta autorización caducará en sesenta (60) días a partir de la fecha que se indica a continuación.

Entiendo que el tratamiento no está condicionado a la ejecución de esta autorización. Entiendo 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 divulgarse y dejar de estar protegida por esas normas. Entiendo que se pueden cobrar tarifas por la preparación y el envío de copias de los registros, \$16.00 por las páginas 1 a 10, \$28.00 por las páginas 11 a 50 (\$16.00 por las páginas 1 a 10 y \$12.00 por las páginas 11 a 50), y \$0.35 adicionales por página por más de 50 páginas. Se cobrará una tarifa de recuperación de registros de \$20.00 más \$0.35 por página para los registros almacenados fuera del sitio.

Hunter Health no es responsable por la integridad, legibilidad o posibles omisiones causadas por la copia de los registros médicos de otra institución.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____ FECHA _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL DE HUNTER HEALTH: COMPLETADO POR: _____ FECHA: _____

FECHA DE REVOCACIÓN: _____ ENTREGADO AL PACIENTE ENVIADO POR FAX ENVIADO POR CORREO OTRO: _____