



Autorización para usar y divulgar información médica protegida

Paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Número de contacto _____

Autorizo el uso y la divulgación de información médica específica tal y como se describe a continuación:

A (nombre y dirección del destinatario)

De (nombre de la persona/entidad que divulga la información)

Nombre _____

Nombre _____

Dirección _____

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____

Ciudad, estado, código postal _____

Número de teléfono _____

Número de teléfono _____

Número de fax _____

Número de fax _____

Finalidad de la divulgación: _____

Información que se divulgará- POR FAVOR, INICIALICE PARA AUTORIZAR LA DIVULGACIÓN:

_____ Historial, notas de consulta/evolución

_____ Notas quirúrgicas/de procedimientos

_____ Informes de pruebas de imagen

_____ Resultados de laboratorio/patología

_____ Otras pruebas y estudios (especifique): _____

Información médica protegida adicional- POR FAVOR, INICIALICE PARA AUTORIZAR LA DIVULGACIÓN:

Si la información que se va a divulgar contiene alguno de los tipos de registros o información que se enumeran a continuación, es posible que se apliquen leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de la información.

Entiendo y acepto que esta información se divulgará si escribo mis iniciales en el espacio correspondiente junto al tipo de información.

_____ Información sobre el HIV/AIDS

_____ Información sobre salud mental

_____ Información sobre pruebas genéticas

_____ Información sobre diagnóstico, tratamiento o derivación
en casos de abuso de drogas o alcohol

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y dejar de estar protegida por la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la nueva divulgación de información sobre el HIV/AIDS, la salud mental, las pruebas genéticas y el diagnóstico, tratamiento o derivación por consumo de drogas o alcohol.

No es necesario que firme esta autorización. La negativa a firmar la autorización no afectará negativamente a su capacidad para recibir servicios de atención médica o el reembolso de los servicios. Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero no con carácter retroactivo respecto a las medidas tomadas en virtud de la autorización. A menos que se revoque, esta autorización expira seis meses después de la fecha de la firma.

Firma del paciente o representante legalmente autorizado

Fecha

CARISSA M. ROSS, MD, FACOG
independent physician and surgeon

MARY STRIZZI, DO, FACOOG
independent physician and surgeon

EMILY STEINBIS, MD, FACOG
independent physician and surgeon

JONATHAN FREEMAN, MD, FACOG
independent physician and surgeon

CODY TOSCHIK, DO
independent physician and surgeon

IRELI HERNANDEZ, DNP, CNM
nurse practitioner

KATHRYN STRINGER, FNP, CNM
nurse practitioner