

Método de entrega: () Correo () Personalmente

DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS GENERALES Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Por favor complete la siguiente información:

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

SSN: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Autorizo a Providence Health System a divulgar / divulgar la siguiente información (se pueden cobrar tarifas por procesar esta solicitud) Marque todo lo que corresponda:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registros médicos de pacientes hospitalizados | <input type="checkbox"/> Rehabilitación pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Sala de emergencia | <input type="checkbox"/> Rehabilitación física (fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla) |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de entrada y salida | <input type="checkbox"/> Servicios del sueño |
| <input type="checkbox"/> Registros de radiología | <input type="checkbox"/> Visitas a consultorio médicos |
| <input type="checkbox"/> Registros de laboratorio/patología | <input type="checkbox"/> Registros de facturación |
| <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de infusión | |
| <input type="checkbox"/> Otro (describir específicamente): _____ | |
| <input type="checkbox"/> Registro de atención psiquiátrica (Nota: Si esta autorización es para notas de psicoterapia no se puede combinar con ninguna otra autorización (que no sea otra autorización para notas de psicoterapia)) | |

***Nota:** Si estos registros contienen información de proveedores anteriores o información sobre el estado del VIH/SIDA, diagnóstico de cáncer, abuso de drogas/ alcohol o enfermedades de transmisión sexual, por la presente autoriza la divulgación de esta información.

Estos registros son para los servicios prestados en las siguientes fechas : _____

Envíe los registros enumerados anteriormente a (utilice hojas adicionales si es necesario):

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

La información puede ser usada/divulgada para cada uno de los siguientes propósitos :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> A mi solicitud (solo el paciente puede marcar aquí) | <input type="checkbox"/> Para propósitos legales |
| <input type="checkbox"/> Para mi cuidado de salud | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Para pagos/seguro | |

Esta autorización se vence en 60 días de acuerdo a la ley de DC. _____

Entiendo que los registros que divulgan mi información médica pueden dejar de estar protegidos por las leyes federales de privacidad. Además, entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento; recibir pago; o elegibilidad para beneficios a menos que lo permita la ley. Firmando a continuación, Declaro y garantizo que tengo autoridad para firmar este documento y autorizo el uso o divulgación de información médica protegida y que no hay reclamos u órdenes pendientes o en efecto que prohíban, limiten o restrinjan mi capacidad para autorizar el uso o divulgación de esta información médica protegida.

Firma del paciente (o representante del paciente)

Fecha

Nombre impreso del representante del paciente y parentesco

La autoridad del representante para firmar en nombre del paciente (es decir, padre, tutor, apoderado sanitario, albacea)

A copy of this signed authorization must be given to the individual.