

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

(Se debe completar un formulario por separado para cada solicitud y propósito. No se procesarán los formularios incompletos).

Nombre legal completo del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Apellido de soltera/Alias: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Las solicitudes de historiales médicos pueden tardar hasta 30 días en procesarse y se procesan por orden de llegada.

Si necesita sus historiales con urgencia, haremos todo lo posible por atender su solicitud. Indique aquí la fecha límite para recibirlos: _____.

FAA debe ENTREGAR registros o historiales medicos a la parte nombrada a continuación:

Nombre de la persona/clínica/organización: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Deseo que mis registros sean entregados por (marque una opción):

CORREO

FAX

CORREO ELECTRÓNICO

(la opción más segura)

El propósito de esta autorización es (marque uno):

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ Coordinación de la atención médica | ☐ Fines legales | ☐ Fines del seguro | ☐ Familiares/Amigos involucrados en la atención |
| ☐ Uso personal | ☐ Otro: _____ | | |

AUTORIZO que se comparta la siguiente información (marque las opciones que correspondan, de lo contrario se enviarán TODOS los registros):

Este comunicado puede incluir los siguientes registros, a menos que haya excluido dichos registros marcando una o más casillas a continuación:

- ☐ Cualquiera y TODOS los registros
- ☐ Registros relacionados con el tratamiento de la siguiente condición: _____
- ☐ Registros correspondientes al período de tiempo desde _____ hasta _____

Esta autorización puede incluir los siguientes registros, a menos que yo haya excluido alguno marcando una o más casillas a continuación:

- ☐ Salud mental ☐ VIH ☐ Salud mental

Reconozco que tengo derecho a recibir mi primera copia solicitada de registros médicos sin cargo. Si esa copia gratuita ya se ha proporcionado, entiendo que cualquier copia adicional estará sujeta a un cargo. Además, reconozco que se me facturará el monto cobrado y que el pago debe recibirse antes de que se divulgue cualquier registro. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito al Oficial de Privacidad a: Family Allergy & Asthma 9800 Shelbyville Road Louisville, Kentucky 40223. Además, entiendo que mi revocación no afectará ningún uso o divulgación de mi información realizada en confianza en esta autorización, o cualquier divulgación que haya ocurrido antes de la recepción de mi revocación. Reconozco que firmar esta autorización es voluntario y que Family Allergy & Asthma no condicionará el tratamiento o el pago a si firmo este formulario. Entiendo que la información divulgada bajo esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes y regulaciones federales de privacidad. Esta autorización tiene una validez de noventa (90) días a partir de la fecha de mi firma. Se me proporcionará una copia de esta autorización firmada si la solicito.

Firma del paciente/padre/tutor/representante personal

SE ACEPTAN FIRMAS ELECTRÓNICAS

Fecha