

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

_____ Correo electrónico: _____

****Puede haber un cargo por la divulgación de registros médicos****

Entregar a: _____ (Individual, incluyendo sufijo u organización)

Dirección
(requerido para procesar): _____

Comprobar método de entrega:

Dirección postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Fax #: _____

Registros que se publicarán: *(Marque todos los que correspondan)*

Todos los registros médicos estados de cuenta detallados otros: _____

Proporcionar una copia de mis registros médicos para todas las fechas de servicio o: Desde: _____ Hasta: _____

Nota: La divulgación de los registros incluirá información confidencial como la salud mental, el abuso de alcohol / sustancias y el VIH / SIDA.

Esta autorización se utilizará para: *(Marque uno)*

solicitud de paciente Seguro Seguro Social /Discapacidad otros: _____

Continuación de la Atención Abogado Compensación Laboral _____

- Entiendo que la comunicación por correo electrónico tiene una serie de riesgos, y existe la posibilidad de que el correo electrónico enviado o recibido pueda ser interceptado, alterado, reenviado y / o leído por otros.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito a **350 New Fidelity Court, Garner, NC 27527** en cualquier momento y será efectivo desde la fecha de la notificación, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función a esta autorización.
- Entiendo que mi atención médica no se verá afectada si no firmo este formulario.
- Entiendo que a menos que se revoque lo contrario, esta autorización caducará en la siguiente fecha o evento: _____
- Al no indicar alguna fecha, la autorización caducará un (1) año a partir de la fecha firmada.
- Entiendo que tengo el derecho de revisar mi información de salud antes de la divulgación. También entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma del paciente O representante legalmente autorizado

Fecha

Nombre impreso del paciente O representante legalmente autorizado

Relación del representante legal con el paciente

*****Se necesitaría una carta de representación legal si la autorización es firmada por el abogado de un paciente**

RE-DIVULGACIÓN: Por la presente se notifica al paciente o representante legal que firma esta Autorización que Athletico no puede garantizar de que el Destinatario recibiendo esta información de salud solicitada no se la divulgará a terceros. Por la presente se notifica al Destinatario que las leyes prohíben el reenvío y/o divulgación de cualquier información de salud relacionada con el abuso de drogas y / o alcohol, el VIH y el tratamiento de salud mental.