



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____ **Solicito que mi información de salud protegida de: _____ (Práctica) sea divulgada a:**

Centro-Médico-Persona: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____ (**Me han explicado el riesgo asociado con la divulgación de información médica protegida a través de correo electrónico no seguro. Entiendo esos riesgos y selecciono proceder con la divulgación de mi información médica protegida desde o hacia BMRHC) _____ Iniciales del paciente (Requerido)

Autorizo que la siguiente información de salud protegida sea divulgada de mi(s) expediente(s) médico(s):

- Fecha(s) de Servicio: ____/____/____ a través de ____/____/____
 Nota de oficina Resultados de pruebas (laboratorio, rayos X, patología) Registros de facturación
 Otro (Registros de vacunación, Listas de medicamentos) Por favor especifique: _____

Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y abuso de alcohol o drogas. La ley federal protege la siguiente información. **Si esta información se aplica a usted, indique si desea que se divulgue/obtenga esta información.** (incluya fechas cuando corresponda):

Registros de abuso de alcohol, drogas o sustancias Sí Sin fechas: _____

Pruebas y resultados del VIH Sí Sin fechas: _____

Salud mental Sí Sin fechas: _____

Finalidad de la solicitud de información:

- Uso personal Atención continua Fines Legales Propósitos del seguro Otro _____

Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

- tengo underecho a retirarse esta autorización en cualquier momento. Las solicitudes de retiro deben realizarse por escrito y presentarse a la práctica. Entiendo que detener esta divulgación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado.
- Esta autorización expirar _____ (insertar fecha o evento). Si no especifico una fecha de vencimiento o un evento, esta autorización vencerá a los 90 días a partir de la fecha en que se firmó.
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios no pueden estar condicionados a si firmo esta autorización.
- Una vez que se divulgue la información anterior, puede servuelto a revelar por el destinatario y la información puede no estar protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para recibir beneficios. Puedo inspeccionar u obtener una copia de cualquier información utilizada o divulgada bajo esta autorización.
- Las solicitudes de copias de registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales/estatales.

RECONOCIMIENTO

Paciente Firma del padre, tutor, representante autorizado

Fecha

SÓLO PARA USO DE OFICINA: Identificación verificada (por ejemplo, copia de la licencia de conducir, firma del cheque, etc.)

Recogido (quién) _____ Enviado por correo Por fax Otro _____

Personal de oficina: _____ Fecha: _____