

Fecha de la solicitud _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA IDENTIFICABLE DEL PACIENTE

Este formulario de autorización está diseñado para cumplir con los requisitos de las regulaciones federales de privacidad emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos en 42 CFR 164.508 y el Código Comentado de Maryland, Título 10 Salud, Artículo General 4-301-4-307.

Por la presente autorizo a Family Healthcare of Hagerstown para _____ divulgar a _____ obtener de:

(Nombre (médico, hospital, abogado, compañía de seguros, etc.))

(Dirección, ciudad, estado, código postal)

(Número de teléfono) (Número de fax)

La siguiente información sanitaria de los historiales médicos de:

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Número de seguro social

Información específica que debe divulgarse (incluye pacientes nuevos):

- Expediente completo Otro (especifique) _____ Resultados de las pruebas (especifique) _____
 Limitaciones (especifique) _____ Historial odontológico

- Historial y examen físico más recientes, resumen del alta, informe(s) quirúrgico(s) y consulta(s)
 Notas más recientes del médico Mamografías y citologías Colonoscopia
 Todos los resultados de laboratorio en el plazo de 1 año Consultas activas Todos los informes radiológicos

Información específica que debe divulgarse: Salud mental

- Expediente completo Lista de medicamentos Notas de terapia Notas de evolución
 Limitaciones (especifique) _____ Otro (especifique) _____

Esta información sanitaria es necesaria para:

- Uso personal Continuación de atención médica/ dental Escuela Seguro
 Razones jurídicas Seguro Social/Discapacidad Milicia Otro _____

Deseo ___No deseo ___que se divulgue información sobre el VIH/SIDA en virtud de esta autorización.

Deseo ___No deseo ___que se divulguen expedientes de salud mental en virtud de esta autorización.

Deseo ___No deseo ___que se divulgue información sobre el tratamiento del abuso de drogas/alcohol en virtud de esta autorización.

También comprendo que la persona que otorga la autorización puede revocarla mediante notificación escrita y fechada a Family Healthcare of Hagerstown. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi asegurador el derecho a impugnar una reclamación en virtud de mi póliza. Esta autorización caduca un año después de la fecha de la firma a menos que yo especifique lo contrario o la revoque. Entiendo que una vez divulgada la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que las leyes o reglamentos federales sobre privacidad no protejan la información. Entiendo que autorizar el uso o la divulgación de la información sanitaria identificada anteriormente es voluntario. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento sanitario. Entiendo que se me puede cobrar por las copias de mi información sanitaria.

Firma del padre/ejecutor/representante legal

Fecha

Firma del paciente

Fecha

Testigo

Fecha

Testigo

Fecha

201 S. Cleveland Avenue Hagerstown

MD 21740

301-745-3777

Fax 301-393-3453