

Autorización para Revelar Información Médica

Información del Paciente

Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Teléfono: _____
 Entregar al paciente nombrado arriba.

Revelar Información A

Persona/Institución: _____
 Dirección: _____
 Cd, Estado, Código Postal: _____
 Teléfono: _____
 Fax: _____
 Email: _____

Información a revelar

- Historial de Vacunación
 Exámen Físico Escolar
 Reportes de Laboratorio
 Informes Financieros
 Historial Médico
 Historial Prenatal
 Reportes de Radiología
 Otros _____

Revelación de Documentos Confidenciales. Yo explícitamente autorizo que se manden los documentos indicados, los cuales han sido designados como "confidenciales" en mi expediente clínico. Favor de marcar las opciones con sus iniciales.

Documentos de Salud Mental Iniciales
 Otros Documentos Confidenciales como VIH/SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Uso de Drogas/Alcohol. Iniciales

Fechas de Servicio Solicitadas

- Más Reciente
 Últimos 2 Años
 Estas Fechas: _____

Razón Para La Solicitud

- Personal (Solicitud del Paciente)
 Proveedor Médico/Organización
 Otro _____

Método de Entrega

- CD Por Correo Papel / Recoger
 CD / Recoger Papel Por Correo
 Email Seguro Fax

Este pedido puede incurrir cargos dependiendo del tamaño del expediente (número de páginas) y el método de entrega.

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito y presentándolo al Departamento de Health Information Management, a menos que ya se haya revelado la información. Tengo derecho de revisar una copia de la información que se va a revelar. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negar firmar esta autorización. La persona/institución que se menciona arriba no puede negarme tratamiento, revelada o no la información. **Entiendo que esta autorización es voluntaria y puede incluir información confidencial (relacionada con VIH/SIDA, servicios de salud mental/atención psiquiátrica, tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas, o enfermedades de transmisión sexual) en documentos que no han sido designados como confidenciales en mi expediente clínico.** Esta autorización se hará efectiva inmediatamente y permanecerá válida hasta 90 días después de la fecha de mi firma.

Firma del Paciente o Representante Personal/Legal.

Fecha

Relación al Paciente
(Si firmado por representante personal)

Firma del Paciente Adolescente - De Edades 12 a 17
(Se requiere para revelar información confidencial)

Fecha

SOLO PARA USO DE PERSONAL DE LAWNDALE

Attention Staff: Please be sure to fill out your name/date below after receiving the form from the patient and verifying the patient's identity. If records are released, please check-off the "Records Released" box. Medical Records staff will communicate directly with the patient about delivery dates.

Chart Number: _____ Records Released

Request Received/Verified By (Staff Name): _____ Date: _____