

Oficina HealthPort N.º _____

Nombre del paciente en letra de molde	Número de seguro social del paciente	Fecha de nacimiento	Fecha de hoy
---------------------------------------	--------------------------------------	---------------------	--------------

Dirección
Calle Ciudad Estado Código postal Teléfono

Firma del paciente o del representante del paciente	Relación del representante con el paciente	Fecha de vencimiento o 90 días
---	--	--------------------------------

x

Firma del testigo

DEBE TENER INFORMACIÓN COMPLETA ANTES DE QUE SE PUEDA PROCESAR ESTA SOLICITUD.

Por la presente autorizo el uso y revelación (liberación) de la información de mi expediente médico:

De: _____	A: _____
_____	_____
_____	_____

La información que se revelará incluye: _____ Expediente médico completo _____ Otro _____

La información del expediente médico se usará o revelará para los siguientes fines:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> A pedido de la persona | <input type="checkbox"/> Cambio de médico de atención primaria | <input type="checkbox"/> Cambio/consulta con un especialista |
| <input type="checkbox"/> Otro (escriba el propósito aquí) _____ | | |

Reconozco y acepto que el término información de expediente médico puede incluir: notas del proveedor y otro personal, resultados, informes, correspondencia, radiografías y otras imágenes de diagnóstico, e información sobre reclamos, facturación y pagos. Autorizo expresamente el uso o revelación de información sobre la prueba del VIH o el tratamiento del SIDA o condiciones relacionadas con el SIDA, cualquier abuso de drogas o alcohol, condiciones relacionadas con las drogas, alcoholismo o condiciones psiquiátricas/psicológicas a menos que estén específicamente excluidas.

Excluya la siguiente información, si es parte de la información de mi expediente médico (marque cualquiera o todos los que quiera excluir de esta autorización para su uso o revelación):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dependencia química/abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Condiciones psiquiátricas/psicológicas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> N/A |

Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor por un período de 90 días. Además, entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando a St. Elizabeth Physicians (SEP) por escrito. Sin embargo, si elijo hacerlo, entiendo que mi revocación no afectará ninguna acción tomada por St. Elizabeth Physicians antes de recibir mi revocación.

Entiendo que tengo derecho a restringir la revelación de mi PHI a un plan médico, si la revelación es para pagos u operaciones de atención médica y se refiere a un artículo o servicio de atención médica por el que pagué de mi bolsillo en su totalidad. Tengo derecho a un informe de las revelaciones de todos y cada uno de los avisos de incumplimiento de mi PHI no protegida mediante mi solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de SEP. También entiendo que tengo la opción de “excluirme” de recibir comunicaciones de mi proveedor en caso de que decida hacerlo, siempre y cuando les dé la solicitud por escrito.

SE EXIGE UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO PARA RECOGER EL EXPEDIENTE MÉDICO

_____ Designo a _____ para que recoja mi expediente médico. Entiendo que mi designado o yo tendremos que presentar una identificación con foto para obtener los expedientes.

Negarme a firmar esta autorización no afecta de ninguna manera mi tratamiento, pago o elegibilidad para los beneficios. Cualquier revelación de información conlleva la posibilidad de una nueva revelación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad.

Patient received free copy ___ YES ___ NO, dates included _____ to _____
Return chart to: MZ Storage _____ Office _____

Chart in MZ Storage ___ YES ___ NO
Box # _____ Chart # _____