



AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA QUE EL CONSULTORIO DIVULGUE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A TERCERAS PARTES

Nombre del paciente: _____ últimos cuatro dígitos de seguro social: _____

Nombre anterior, si procede: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono de casa : _____ Teléfono de trabajo: _____

1. Autorizo a los representantes del centro indicado a divulgar la información médica de la manera descrita a abajo:

(nombre del consultorio, dirección, teléfono, fax)

2. Por favor, envíen mi información médica a:

(nombre del consultorio, dirección, teléfono, fax)

3. DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE SE DIVULGARÁ:

- Resumen de historia clínica (Por favor, especifique las fechas de servicio)
Historia clínica parcial (Por favor especifique a continuación)
Continuidad de la atención electrónico/Resumen Electronico (Por favor, especifique las fechas de servicio)
Debe marcar la casilla si también solicita registros de facturación

Table with 4 columns: Información, Fecha, Información, Fecha. Rows include: Historia clínica y examen físico, Resumen del alta, Notas operatorias, Informes de momografías, CD de mamografías, Notas de la oficina, Resultados de laboratorio, Informes de Patología, Factura detallada, Otros.

4. PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

- A petición mía
Otros:

Esto incluye todos los registros del tratamiento del paciente e incluirá cualquier registro oral, escrito o electrónico que pueda contener información relativa al tratamiento psiquiátrico y/o consumo de drogas, alcohol o tratamiento para dicho consumo o abuso, y/o información confidencial sobre el SIDA. Rosa Ginecología, sus funcionarios, directores, asociados y representantes quedan eximidos de cualquier responsabilidad legal que pueda derivarse de la divulgación de la información solicitada.

Firma del paciente (o su representante) _____ Fecha _____ Hora _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA: FECHA DE RECEPCIÓN: _____ MRN#: _____
FECHA DE TRAMITACIÓN: _____ FORMATO ENVIADO: _____ INICIALES DEL PERSONAL MÉDICO: _____