

Autorización para Proporcionar/Obtener Información Confidencial Médica/Dental



1. Información del Paciente:

Nombre **legal** del paciente: _____

Otros nombres/nombres utilizados anteriormente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

2. La información puede ser proporcionada **POR**:

Nombre del proveedor u organización **QUE PROPORCIONA** la información: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

3. La información puede ser proporcionada **A**:

Nombre de la persona u organización **QUE RECIBE** la información: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

O

Correo electrónico: _____

4. ¿Qué tipo de información desea proporcionar? (Se podrá aplicar cuota por las copias)

Registros de los últimos 2 años de visitas **MÉDICAS** Registros de los últimos 2 años de visitas **DENTALES**

Todos los registros desde la fecha ____ / ____ / ____ de ____ / ____ / ____

Información específica (explique): _____

Otro (explique): _____

5. Yo específicamente autorizo la liberación de información que pueda estar en mi historial relacionado con enfermedades de transmisión sexual, trastornos mentales/psiquiátricos, historial de drogas y alcohol y/o información sobre VIH/SIDA a menos que yo diga lo contrario abajo. Yo **NO** autorizo proporcionar la siguiente información:

6. ¿Por qué solicita esta información? (marque UNA casilla)

Doctor Abogado Personal Seguro Otro: _____

7. Entiendo que:

- Una vez liberada la información, podría ser publicada por la persona que la reciba (si no es un hospital, clínica, un médico o una compañía de seguros de salud) y podrá no estar protegida por las leyes de privacidad de la información médica.
- Tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito a Registros Médicos de CHC. Si cancelo mi autorización, no afectará ninguna acción que CHC haya tomado basada en esta autorización.
- CHC no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad si firmo esta autorización.

8. Esta autorización se vence _____ . Si no se especifica fecha de vencimiento o del evento, esta autorización se vencerá 90 días después de la fecha en que se firmó.

Firma: _____ Fecha: _____

Paciente, padre, tutor, o representante autorizado (Es posible que se requiera documentación de autoridad para firmar en nombre del paciente)

Si no es el paciente, parentesco con el paciente: _____ Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente Menor (**REQUERIDO** si el paciente es de 13-17 años de edad)