



Urological Associates of Southern Arizona

Autorización para la Divulgación de Registros Médicos

¿Dónde están los registros procedentes de?

Facilidad / El nombre del médico :

Información del paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SSN: XXX-XX-_____

Email: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono #: _____ Fax #: _____

¿Dónde estamos enviando los registros?

Nombre: _____

Email: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal : _____

Teléfono#: _____ Fax#: _____

¿Qué te gustaría lanzado?

Categorías Específicas

Todos los Registros Notas Clínicas Radiología Informes Operativos Laboratorios Terapia Física

Fechas _____ a _____ Otro _____

Si no desea que ciertas partes de su historia clínica publicadas, por favor marque las categorías que figuran a continuación que le gustaría excluir.

Abuso de Sustancias, en su caso SIDA/VIH/ETS, en su caso Condiciones Psicológicas/Psiquiátricas, en su caso

¿Por qué estamos enviando los registros?

Propósito de la Divulgación

Uso Personal Litigio/Legal Seguro Transferencia de la Atención (últimos dos años se ha enviado a un médico sin costo)

HIPAA por 45 CFR 164.524, se le puede cobrar una tarifa razonable para la reproducción de los registros médicos.

Las tarifas no son reembolsables una vez que se prestan los servicios. El pago es debido en la recepción de la factura.

¿Cómo le gustaría a los registros enviados?

Método de Entrega

Email

Fax

Franqueo (se aplica una tarifa adicional)

La Firma del Paciente

Por la presente autorizo a MediCopy y sus afiliados para liberar o revelar a la persona(s) u organización mencionados anteriormente, todos los expedientes médicos solicitados, incluyendo cualquier registro especialmente protegidas, tales como las relativas a impedimentos psicológicos o psiquiátricos, abuso de drogas, el alcoholismo, la hemo anemia de células o la infección por VIH, a menos que se indique lo contrario. Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo cancelar esta solicitud con una notificación por escrito, pero que no va a afectar a cualquier información dada a conocer antes de la cancelación de notificación. Yo entiendo que la información usada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor sobre esta solicitud y ya no estará protegida por las regulaciones federales.

La Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Relación con el Paciente: _____