

AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

Favor de enviar por correo a la debida dirección arriba señalada

Paciente: _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial 2do Nombre _____

Fecha Nacimiento: _____ No. Teléfono: _____

Yo autorizo a Athletico transmitir mi información de salud protegida (PHI) como se describe abajo.

Método de Entrega: (Marque uno)

☐ Dirección E-Mail: _____

☐ Yo entiendo que la comunicación por e-mail conlleva cierto riesgo, y existe la posibilidad que e-mail enviado o recibido pueda ser interceptado, modificado, reenviado y/o leído por terceros.

☐ FAX (No. Fax): _____

☐ Correo A: _____

Persona / Organización _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Fechas de Servicio: (Marque uno)

Clínica: _____

☐ Favor de transmitir una copia completa de mi expediente medico para todas las fechas de servicio.

☐ Favor de transmitir copia completa de mi expediente medico entre las siguientes fechas _____ a _____
Fecha Fecha

Expedientes a ser transmitidos: (Marque uno)

☐ Todo expediente

☐ Notas de Progreso

☐ Reporte FCE (Evaluación de Capacidad Funcional)

☐ Evaluación Inicial

☐ Resumen Dada de Alto

☐ Cuenta con detalles

☐ Notas Diarias

☐ Programa ejercicios domiciliario

☐ Otro: _____

Por Favor Note: la transmisión del expediente incluirá información delicada tal como salud mental, abuso de alcohol/substancias controladas y VIH/SIDA. **MARQUE abajo si prefiere que no se incluya información relacionada a:**

☐ Salud Mental

☐ Abuso de alcohol y/o sustancias

☐ VIH/SIDA

☐ Otro: _____

Esta autorización tiene como motivo: (Marque uno)

☐ Solicitud del Paciente

☐ Seguro Social / Discapacidad

☐ Continuación de Atención

☐ Abogado

☐ Seguro

☐ Compensación Laboral

☐ Otro (razón por favor) _____

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito a Athletico 625 Enterprise Drive Oak Brook, IL 60523 en cualquier momento y tomará vigor en la fecha de tal revocación a excepción de información ya comunicada por medio de la presente.

Yo entiendo que la atención medica no se afectará si yo no firmo este documento.

Yo entiendo que a menos que se revoque, esta autorización se vence en la fecha o en el evento de: _____

Al no ser señalada una fecha, esta autorización se vence a un (1) año posterior a la fecha de firmar.

Yo entiendo que puedo inspeccionar mi información de salud antes que se transmita. También entiendo que puedo recibir una copia de esta autorización.

Yo entiendo que posiblemente hayan honorarios que abonar en cuanto a copias de expedientes médicos.

Fecha _____

Firma del Paciente o Representante Legalmente Autorizado _____

Nombre en letras de molde del Paciente o Representante Legalmente Autorizado _____

Relación al Paciente del Autorizado _____

RE-NOTIFICATIVO: Por la presente se le notifica al paciente o su representante legal que firma esta autorización que Athletico no puede garantizar que el destinatario de la información solicitada no la emitirá a terceros ni en alguna porción ni completamente. Por la presente se le comunica al destinatario que rigen leyes prohibiendo la re-transmisión de cualquier información de salud sobre el abuso de alcohol o drogas, VIH y atención de salud mental.