

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Por favor, complete todos los campos para garantizar una tramitación oportuna

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Ciudad y estado: _____ Correo electrónico: _____

Es posible que se aplique un cargo por la divulgación de expedientes médicos

¿A quién desea que se envíen los expedientes? _____

¿Cómo desea que se entreguen los expedientes?

Dirección postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de fax: _____

¿Qué tipo de expedientes se necesitan? (*Marque todas las opciones que correspondan*)

Expedientes médicos Expedientes de salud ocupacional Estados de cuenta detallados Otro: _____

¿Qué fechas de servicio se necesitan? Inicio: _____ Fin: _____

Nota: La divulgación de los expedientes puede incluir información confidencial, como salud mental, consumo de alcohol o sustancias y VIH/SIDA.

¿Para qué se utilizarán estos expedientes?

Solicitud del paciente Seguro Seguro Social/Discapacidad Otro: _____

Continuidad de la atención Abogado Compensación laboral

- Entiendo que la comunicación por correo electrónico conlleva ciertos riesgos y que existe la posibilidad de que los correos enviados o recibidos puedan ser interceptados, alterados, reenviados y/o leídos por terceros.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito, notificando a **Athletico en 2122 York Rd. Ste. 300 Oak Brook, IL 60523** en cualquier momento. La revocación surtirá efecto en la fecha en que se notifique, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones con base en esta autorización.
- Entiendo que mi atención médica no se verá afectada si no firmo este formulario.
- Entiendo que, a menos que se revoque, esta autorización vencerá en la siguiente fecha o evento: _____.
- Si no se indica una fecha, la autorización vencerá un (1) año a partir de la fecha de firma.
- Entiendo que tengo derecho a revisar mi información médica antes de su divulgación. También entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma del paciente o del representante legalmente autorizado***

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente o del representante legalmente autorizado con el paciente

Relación del representante legalmente autorizado

REDIVULGACIÓN: Por la presente se notifica al paciente o al representante legal que firma esta autorización que Athletico no puede garantizar que el destinatario de la información médica solicitada no la vuelva a divulgar a terceros. Asimismo, se informa al destinatario que las leyes federales y estatales pueden restringir la redivulgación de ciertos tipos de información confidencial, incluidos los registros de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias, información relacionada con el VIH y tratamiento de salud mental. La redivulgación de estas categorías puede estar prohibida sin el consentimiento específico por escrito del paciente o según lo permita la ley.

02/04/2026