

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

_____ Correo Electrónico: _____

****Es posible que haya un cargo por la divulgación de los expedientes médicos****

Entregar a: _____ (Persona/organización)

Marcar método de entrega:

☐ Dirección de envío: _____

☐ Correo Electrónico: _____ ☐ Fax: _____

Expedientes a divulgar: (marcar todo lo que corresponda)

☐ Todos los expedientes médicos ☐ Estados de cuenta detallados ☐ Otro: _____

Proporcionar una copia de mis expedientes médicos correspondientes a todas las fechas de servicio o:

Desde: _____ **Hasta:** _____

Nota: La divulgación de los expedientes incluirá información confidencial como salud mental, abuso de alcohol/sustancias y VIH/SIDA.

Esta autorización se utilizará para: (marcar uno)

☐ Solicitud del paciente ☐ Seguro ☐ Seguridad social/ Discapacidad ☐ Otro: _____

☐ Continuación de la atención ☐ Abogado ☐ Indemnización por accidente de trabajo

- Comprendo que la comunicación a través de correo electrónico tiene varios riesgos y que existe la posibilidad de que los correos electrónicos enviados o recibidos sean interceptados, alterados, reenviados o leídos por otros.
- Comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito a Athletico 2122 York Road, Ste. 300, Oak Brook, IL 60523, en cualquier momento y que entrará en vigor en la fecha notificada, excepto en la medida que se haya tomado una medida de buena fe al momento de esta autorización.
- Comprendo que mi atención médica no se verá afectada si no firmo este formulario.
- Comprendo que, a menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá en la siguiente fecha o evento: _____
- Comprendo que tengo el derecho a revisar mi información de salud antes de su divulgación. También comprendo que tengo el 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

Relación del representante legalmente autorizado con el paciente

RE-DIVULGACIÓN: Por la presente, se notifica al paciente o al representante legal que firma esta Autorización que Athletico no puede garantizar que el destinatario que reciba la información de salud solicitada no la vuelva a divulgar en parte o en su totalidad a otros. Por la presente, se notifica al destinatario que las leyes prohíben la re-divulgación de cualquier información de salud acerca del abuso de drogas o alcohol, VIH y tratamientos de salud mental.