

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

_____ Correo electrónico: _____

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

Enviar A: _____ (Individuo, incluido el sufijo o la organización)

Dirección
(requerida para procesar): _____

Marque el método de envío:

Dirección de Correspondencia: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____ # de Fax: _____

Expedientes que se Divulgarán: *(Marque todos los que correspondan)*

Expedientes Médicos Expedientes de Salud Ocupacional Estados de Cuenta Detallados Otro: _____

Proporcionar una copia de mis expedientes médicos para las fechas de servicio: Desde: _____ Hasta: _____

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

Esta autorización se utilizará para: *(Marque uno)*

Petición del Paciente Seguro de Salud Seguro Social/Discapacidad Otra: _____

Continuación de Atención Abogado Compensación del Trabajador _____

- Entiendo que la comunicación por correo electrónico tiene una serie de riesgos, y existe la posibilidad de que el correo electrónico enviado o recibido pueda ser interceptado, alterado, reenviado y/o leído por otros.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito a **Athletico 2122 York Rd. Ste. 300 Oak Brook, IL 60523** en cualquier momento y entrará en vigencia en la fecha notificada, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de esta autorización.
- Entiendo que mi atención médica no se verá afectada si no firmo este formulario.
- Entiendo que, a menos que se revoque lo contrario, esta autorización vencerá en la siguiente fecha o evento: _____.
- Si no se indica fecha, la autorización caducará un (1) año después de la fecha de firma.
- Entiendo que tengo derecho a revisar mi información de salud antes de su divulgación. También entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma del Paciente o Representante Legalmente Autorizado

Fecha

Nombre en Imprenta del Paciente o Representante Legalmente Autorizado

Relación del Representante Legalmente Autorizado con el Paciente

***Se necesitaría una carta de representación legal si la autorización está firmada por el abogado del paciente

RE-DIVULGACIÓN: Por la presente se notifica al paciente o representante legal que firma esta Autorización que Athletico no puede garantizar que el Destinatario que recibe la información de salud solicitada no volverá a divulgar parte o la totalidad de ella a otros. Por la presente se notifica al Destinatario que las leyes prohíben la redivulgación de cualquier información de salud relacionada con el abuso de drogas y/o alcohol, el VIH y el tratamiento de la salud mental.