

# DOCTORS CARE

## Autorización para la divulgación de registros de salud de conformidad con HIPAA LIBERACION DE REGISTROS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### I. Mi autorización

Usted puede usar o divulgar la siguiente información de atención médica (marque todo lo que corresponda):

- Toda mi información de salud
- Registros de inmunización y / o Información Física Verificada: \_\_\_\_\_
- Mi información de salud relacionada con el siguiente tratamiento o condición: \_\_\_\_\_
- Mi información de salud para las fechas: \_\_\_\_\_
- Otra Especificar: \_\_\_\_\_

Autorizo específicamente la divulgación de las siguientes condiciones (marque todas las que correspondan):

Abuso de drogas  Abuso de alcohol  VIH / SIDA  Condiciones psicológicas o psiquiátricas, incluidas notas de psicoterapia

Solicito que se envíen los registros desde (incluya el número de fax):

Nombre (o título) y organización \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

Registros médicos de Doctors Care Número de fax: 303-730-2090

### O

Solicito que se envíen mis registros de Doctors Care a (incluya el número de fax):

Nombre (o título) y organización \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

Motivo (s) de esta autorización (marque todo lo que corresponda):

- Cambio de Proveedor primario  Otro (especifique) \_\_\_\_\_
- Más evaluación / Tratamiento / Coordinación de Salud con otro proveedor  Solicitud legal

Esta autorización finaliza:  En (fecha) \_\_\_\_\_ (si se deja en blanco, un año a partir de la fecha de la firma)

**II. Mis derechos** Puedo revocar esta autorización de liberación de registro por escrito. Si revoco esta autorización para liberar mis registros, ello no afectará ninguna acción que ya haya tomado y mencionado anteriormente en base a esta autorización. Es posible que no pueda revocar esta autorización si el propósito es obtener un seguro. Para revocar esta autorización, escriba una carta a la oficina.

Una vez que la oficina divulga información de salud, la persona u organización que la recibe puede volver a divulgarla. Las leyes de privacidad ya no pueden protegerla.

Firma del paciente o persona autorizada legalmente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre impreso si está firmado en nombre del paciente

Relación (padre, tutor legal, representante legal)

Número de teléfono