

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: MM _____ DD _____ AA _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Ciudad, estado, código postal: _____

Por medio de la presente, autorizo a Crystal Run Healthcare a divulgar mi información médica a:

Nombre: _____ Dirigido a: _____
Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____
Fax o correo electrónico seguro: _____ Teléfono: _____

Registros que se solicitan (indique a continuación qué registros está solicitando y marque según corresponda)

- ☐ Fecha(s) de servicio: _____ Proveedor (es): _____
☐ Informes/Procedimiento operatorios: _____
☐ Últimos dos (2) años de información médica
☐ Visita(s) al consultorio (s) _____
☐ Resultados de pruebas (resultados de laboratorio/patología) Especifique: _____
☐ Radiología (radiografías, tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética): Solo informes _____ imágenes en CD _____
☐ Otro (especifique): _____

Incluir (indicar con sus iniciales*)

_____**VIH/SIDA** _____**Drogas/alcohol** _____**Salud mental** _____**Pruebas genéticas** _____**Pruebas de fertilidad**
***SI NO COLOCA INICIALES, ESTA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA NO SE DIVULGARÁ A UN TERCERO**

¿Cómo preferiría que entreguemos sus registros?

- ☐ Formato impreso
☐ Formato electrónico: correo electrónico (encriptado) _____
☐ Núm. de fax _____
☐ Otro (especifique) _____

Autorización para discutir la información médica

- ☐ Al colocar mis iniciales aquí _____, autorizo a _____ a conversar sobre mi información médica con:
Iniciales Nombre del proveedor de atención médica

Nombre: _____ Relación: _____

MOTIVO DEL USO O DIVULGACIÓN SOLICITADOS:

- ☐ Uso personal ☐ Legal ☐ Segunda opinión ☐ Cambio de proveedor de atención médica
☐ Otro (especifique) _____

PARA LA LECTURA Y FIRMA DEL PACIENTE:

Asimismo, comprendo lo siguiente:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito al consultorio.
- Es posible que no pueda revocar esta autorización si el consultorio ya ha tomado medidas utilizando esta autorización o si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de un seguro.
- El consultorio no condicionará el tratamiento o el pago con base en mi firma de esta autorización.
- Estoy firmando esta autorización libremente y bajo ninguna presión de ninguna persona para hacerlo.
- Es posible que el destinatario vuelva a divulgar la información divulgada en virtud de esta autorización, y es posible que esta nueva divulgación ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.
- Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar esta autorización y entiendo la intención y el uso.
- Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS e INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH solo si pongo mis iniciales en la casilla correspondiente de arriba.
- Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH, el alcohol o el tratamiento por consumo de drogas, el destinatario tiene prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización, a menos que las leyes federales y estatales lo permitan. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si sufro discriminación debido a la liberación o divulgación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (212) 480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estos organismos son responsables de proteger mis derechos.

Firma del paciente o representante legal _____ Fecha: _____