

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR O SOLICITAR INFORMACIÓN MÉDICA

- ENVIAR SU EXPEDIENTE MÉDICO A OTRA PERSONA AUTORIZADA
- SOLICITAR SU EXPEDIENTE MÉDICO DE OTRO PROVEEDOR MÉDICO, CENTRO DE SALUD U HOSPITAL
- SOLICITAR UNA COPIA DE SU EXPEDIENTE MÉDICO PARA MÍ MISMO

Apellido del Paciente: _____ Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Telefono: _____

 ENVIAR A (or) SOLICITAR A _____
 Nombre del Proveedor/Organización/Entidad /Persona _____ Numero de Telefono _____

 Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Numero de Fax _____

Correo Electronico: _____

INFORMACIÓN QUE SERA REPRODUCIDA (seleccione)
<input type="checkbox"/> Expediente Médico Completo <input type="checkbox"/> Consultas Médicas <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio o Pruebas Diagnósticas <input type="checkbox"/> Expediente Dentales <input type="checkbox"/> Expediente de Visión <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____

OBJETIVO DE ESTA INFORMACIÓN (seleccione)
<input type="checkbox"/> Solicitud del Paciente <input type="checkbox"/> Cuidado Médico Continuo <input type="checkbox"/> Para obtener la Incapacidad del Seguro Social <input type="checkbox"/> Legal u otro procedimiento Judicial <input type="checkbox"/> Verificar reclamaciones / beneficios <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____

Yo específicamente autorizo la divulgación de la siguiente información: (Ausencia de autorización esta información será retenida).	
<input type="checkbox"/> Documentacion sobre enfermedades de transmission sexual <input type="checkbox"/> Documentación sobre el VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Expediente de salud del comportamiento	<input type="checkbox"/> Historia de abuso de alcohol y/o drogas <input type="checkbox"/> Documentacion de discapacidades del desarrollo Iniciales: _____

Fecha de Servicios: _____

 Reproducir expediente en: Papel CD Otro _____ Forma de entrega: Correo Fax En persona Correo Electrónico Seguro

DERECHOS RELACIONADOS CON LA AUTORIZACIÓN: Los pacientes, o su representante legal autorizado, tienen el derecho de inspeccionar o recibir una copia de este expediente médico para ser utilizado o divulgado. Los pacientes, o su representante legalmente autorizado, tienen derecho a retirar esta autorización. Es necesaria una notificación por escrito para revocar a este autorización. Esta autorización será válida por un año a menos que sea revocada por escrito por el paciente, o su representante legalmente autorizado. Al completar esta forma Legacy Community Health no condiciona el tratamiento, el pago, la inscripción o elegibilidad para beneficios. Reconozco que la información revelada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a revelación por el receptor y ya no ser protegida por la ley federal. Tarifas: Por 45 CFR § 164.524, Legacy Community Health podrá cobrarle una tarifa fija de \$ 6.50 por la reproducción de su expediente médico.

Persona Completando Solicitud:

Nombre: _____ Apellido: _____

Relacion con el paciente: _____ ID#: _____ Tipo de ID: _____

 Firma del Paciente o Representante Legal _____ Nombre _____ Fecha _____

 Firma del testigo de Legacy _____ Nombre _____ Fecha _____

Envie por correo: Medical Records, Legacy Community Health, P.O. Box 66308, Houston, TX 77266
FAX a: (832) 548-5092 (Medical Records) **Correo electrónico seguro: mrecords@legacycommunityhealth.org**