

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección _____ Teléfono del paciente _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Autorizo la divulgación de información médica como se indica a continuación:

Para _____ De _____

Médico _____ Médico _____

Dirección _____ Dirección _____

Teléfono _____ Teléfono _____

Fax _____ Fax _____

Dirección de Direct _____ Dirección de Direct admin@ncs.oncoemrdirect.com☐ Notas de progreso de consultorio☐ Notas de patología/cirugía☐ Fichas de registro de quimioterapia☐ Consultas☐ Radiografías☐ Historia clínica completa☐ Análisis de laboratorio☐ Registros de salud mental☐ Otros _____

Incluida, si corresponde, la siguiente información de salud relacionada con pruebas, diagnósticos o tratamientos para (escriba sus iniciales en la línea que corresponda):

____ VIH (virus del SIDA) ____ Enfermedades de transmisión sexual ____ Salud mental ____ Consumo de drogas o alcoholismo

Período(s) de atención comprendidos: del _____ al _____

Condiciones: No podemos condicionar su derecho a recibir servicios de atención médica de nuestra parte a la firma de esta autorización. Sin embargo, si el tratamiento que se debe administrar es para fines de investigación y no firma esta autorización, no podremos proporcionárselo.**Usos y divulgaciones adicionales:** Cuando usamos o divulgamos su información de salud a otras partes tal como usted lo indica en esta autorización, no podemos controlar si dichas partes la usan o divulgan de otra manera. En ese caso, su información de salud podría dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales y estatales.**Vencimiento:** Esta autorización vencerá el _____ o un año a partir de la fecha de su firma, lo que suceda primero. Después de la fecha de vencimiento, deberemos obtener una autorización nueva de su parte si así lo exige la ley.**Revocación:** Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviándonos un aviso por escrito mediante correo certificado, fax o entrega en mano al Departamento de Historias Clínicas del responsable con el que se presentó la autorización original. Una vez que recibamos su revocación, dejaremos de utilizar o divulgar la información de salud que nos autoriza a usar y divulgar mediante este formulario de autorización de inmediato. Su revocación no se aplica a los usos y divulgaciones que hagamos en virtud de esta autorización antes de recibir su revocación por escrito.**Forma de divulgación y método de envío**

Correo electrónico y cifrado: _____ De forma electrónica por fax a: _____

En papel - Enviar por correo a: _____

En papel - Recogeré la información en: _____

Al firmar a continuación, confirma haber recibido una copia firmada de esta autorización:

Nombre del paciente _____ Fecha de nac.: ____ / ____ / ____ Fecha _____

Firma _____ Relación _____

NOTA: Si firma otra persona que no sea el paciente, debemos obtener un comprobante escrito de su autoridad para hacerlo.