

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (ROI) PARA ENVIAR O SOLICITAR REGISTROS

Tel: 410-837-2050 Fax: 866-629-0091

Autorizo a Chase Brexton Health Services, Inc. ("Chase Brexton Health Care") a divulgar o solicitar mi información sanitaria individual identificable como se describe a continuación.

Información del paciente:

Nombre legal del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre preferido (¿Cómo desea que nos dirijamos a usted?): _____ Teléfono: _____

Enviar mis registros de salud o solicitar mis registros de salud a la siguiente oficina:

Nombre: _____
 Dirección: _____

 Tel: _____ Fax: _____

Médico (marque todo lo que corresponda)

Enviar	Solicitar	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Todos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Notas del hospital
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Notas operativas/patológicas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Notas de consultas médicas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imágenes/Diagnóstico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros _____

Enviar y solicitar TODOS los registros médicos

Salud mental

Enviar	Solicitar	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Todos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salud mental
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros _____

Enviar y solicitar TODOS los registros de salud mental

Farmacia

Enviar	Solicitar	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Todos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros _____

Enviar y solicitar TODOS los registros de farmacia

Sólo comparta los registros que se indican anteriormente con fecha entre _____ y _____

Indique "Atención: _____" (si corresponde)

Comprendo que:

1. Este formulario de autorización HIPAA para el uso y divulgación de información es voluntario;
2. Mi tratamiento y el pago de mi tratamiento no se verán afectados por el hecho de que firme o no firme este formulario;
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito a Chase Brexton, pero la revocación no aplicará a la información que ya haya sido divulgada;
4. La información que se divulgue en virtud de esta autorización podrá ser compartida nuevamente por el destinatario y dejará de estar protegida; y
5. Puedo solicitar una copia de esta autorización.

Este consentimiento de divulgación de información (ROI) caduca en el plazo de 1 año, o cuando se utilice para su único propósito, lo que ocurra primero.

Firma del paciente o de su representante legal: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde del representante legal (si corresponde): _____

CHASE BREXTON USE ONLY: I provided records on _____ (date) via

[] Mail [] Fax [] Handed to recipient

Employee Name: _____ Date: _____