



Autorización del paciente para el uso y divulgación de información de salud protegida

Nombre del paciente _____ Número de teléfono _____

Fecha de nacimiento _____ Número de registro medico _____

Dirección _____

- Autorizo a Soundview Medical Associates, LLC a revelar mi información medica a: _____
 - Estoy haciendo esta solicitud porque estoy dejando a Soundview Medical como paciente (marque uno): Sí _____ No _____
- Autorizo: _____ (Práctica / proveedor no Soundview) a revelar mi información medica a Soundview Medical Associates LLC

1. Información Especifica a ser divulgada:

- Registros médicos de _____ para _____.
- Registro médico complete, incluyendo notas de visitas médicas, historia médica previa (excepto notas psiquiátricas, terapias, psicológicas), resultados de exámenes, estudios radiológicos, consultas, registros de pagos, registros de cobertura medica and registros enviados por mí a otros proveedores médicos.

Comentarios:

2. En la medida aplicable, entiendo que mis registros médicos pueden contener información que es considerada sensible ante la ley. Mis iniciales de verificación a continuación indican que no permito que cierta información de este tipo, si es que existiera, sea divulgada. Entiendo que si no selecciono ninguna opción, Soundview Medical Associates, LLC podrá divulgar tal información, si esta existiera.

- VIH/SIDA
- Información genética
- Salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual
- Tratamiento para el abuso de alcohol y drogas

3. Entiendo que mis registros médicos están protegidos bajo la ley federal de privacidad y regulaciones. También bajo la ley estatal, y no pueden ser divulgadas sin mi consentimiento por escrito, salvo la disposición expresamente fijada por la ley.



Entiendo que esta autorización caducara en un (1) año desde la fecha donde la solicitud fue autorizada. Entiendo que puedo revocar esta autorización notificando Soundview Medical Associates, LLC. Entiendo que cualquier información divulgada anteriormente no estaría sujeta a mi solicitud de revocación.

- 4. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectaría mi capacidad para obtener tratamiento, hacer pagos, o mi elegibilidad de beneficios, al menos que se describa lo contrario:

- 5. Entiendo que mi registro médico tiene un costo de \$0.65 por página los cuales deben ser pagados antes de que mi registro médico sea enviado o recogido. Si existiera un saldo pendiente en mi cuenta, entiendo que soy responsable por el pago antes de que mis registros médicos sean entregados.

Esta forma debe estar totalmente completa antes de firmar.

Firma del Paciente o Representante Legal del Paciente

Fecha

Nombre impreso del paciente

Imprimir Nombre del representante legal (si procede)

Relación con el Paciente

<input type="checkbox"/> Recogerá los registros en la oficina <input type="checkbox"/> Quisiera los registros enviados
