

THIS FORM SHOULD ONLY BE USED WHEN REQUESTING PATIENT HEALTH INFORMATION FROM OUTSIDE HEALTHCARE PROVIDERS.

AUTORIZACION PARA THE REQUEST OF PATIENT HEALTH INFORMATION FROM OUTSIDE HEALTH CARE PROVIDERS

Por favor Imprima Claro

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Fecha de Servicio: De _____ Hasta _____

Yo, _____, con la presente pido y autorizo se provean los siguientes records

de: _____

(Facility/Physician PHI requested from)

Numero de Telefono

Street/PO Box Ciudad Estado Codigo Postal

___ Hospital Resumen

___ Reporte de OP

___ Consulta

___ Resultados del Laboratorio

___ Sumario de Alta

___ Patologico

___ Reporte de Rayos X

___ Cat. Cardiaco

___ Cardiologia

___ Placas de Rayos X

___ EKG's

___ Apuntes de la Visita a la Oficina de los Medicos

Otros: _____

Esta divulgacion de informacion es para la continuacion del tratamiento, a no ser de anotado de otra manera: _____

Mis Historiales podran contener lo siguiente y, **a no ser que sea rayado e inicializado**, yo especificamente autorizo su divulgacion:

Resultados del Examen de HIV (Examen del SIDA)

Historiales Relativos al SIDA

Historial de Uso de Drogas o Alcohol

Expedientes del STD (enfermedades sexual transmitidas)

Expedientes mentales de la salud

Expedientes del embarazo

Expedientes de la tuberculosis

A: Sistema de Salud Martin Health:

Nombre Completo y Direccion de Correo del Recipiente de Sus Historiales

Street/PO Box

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Numero de Telefono

Numero de Fax

Direccion de Correo Electronico

Paciente o Firma Autorizada: _____ Fecha: _____

Relacion con el Paciente _____

Explique y/o Adjunte Documentacion Legal

Pertinente a las leyes de Florida y de la Transferencia y Acto de Responsabilidad del Seguro de la Salud de 1996 Regla de Privacidad, el historial podrá ser dado solamente a la persona designada, y podrá ser usado únicamente para los propósitos mencionados. Los cargos estarán de acuerdo con las leyes de Florida. Entiendo que una vez mi informacion es revelada al el recipiente arriba, puede ser redisclosed a individuos no sujeto a HIPAA y puede no mas largo sea protegido por HIPAA. Yo entiendo que al firmar esta autorizacion es voluntario y no vas afectar mi tratamiento medico. Yo comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, a la dirección dada anteriormente tomando en consideración de que la información aún no ha sido divulgada. Esta autorización expira en seis (6) meses a no ser que otra fecha haya sido escrita aquí _____.

PLEASE FAX ASAP, this is for immediate patient care! Fax Number _____