

Nombre del paciente _____ **Fecha de nacimiento** _____

Nombre anterior _____ **Teléfono:** _____

Marcar una opción:

Autorizo a PPMC a: Suministrar a Obtener de

Nombre: _____ Tel: _____ Fax: _____

Nombre: _____ Tel: _____ Fax: _____

Nombre: _____ Tel: _____ Fax: _____

Podrá utilizar o revelar la siguiente información clínica (marcar todas las opciones que correspondan):

Los pacientes que soliciten sus historias clínicas deberán pagar \$1.00 por páginas hasta 25 páginas y \$.25 por cada página adicional. Todos los pagos deberán ser realizados antes de efectuar las copias. Las historias enviadas electrónicamente a otros médicos para la continuación del tratamiento no tendrán costo.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Historia clínica | <input type="checkbox"/> Visitas más recientes |
| <input type="checkbox"/> Laboratorios / Patología | <input type="checkbox"/> Todas las historias |
| <input type="checkbox"/> Rayos X /Diagnósticos/ECG | |
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones | |

Motivo de autorización: A pedido de la persona Continuidad de tratamiento

Comprendo que si la persona o entidad que recibe la información no es un prestador médico o asegurador médico cubierto por las normativas federales de privacidad, la información descrita antes podrá ser nuevamente divulgada sin la protección de estas normativas. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi consentimiento del uso o la divulgación de mi información clínica protegida para los propósitos del tratamiento, pago u operaciones médicas. Podré revisar o copiar cualquier información utilizada/divulgada bajo esta autorización. He autorizado a PPMC a fotocopiar esta autorización, y una fotocopia de la misma podrá ser considerada un original. Comprendo que podré revocar esta autorización por escrito en cualquier momento a PHMG, excepto en el caso de que la información ya haya sido divulgada a consecuencia de esta autorización. A menos que se revoque antes, esta autorización vencerá en 12 meses.

Comprendo que mi información clínica divulgada PODRÁ INCLUIR información relacionada con: enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), servicios de salud conductuales o mentales y/o tratamientos para abuso de alcohol y/o drogas.

Mi firma a continuación otorga consentimiento para divulgar toda dicha información, a menos que se indique lo contrario.

Firma/Persona legalmente responsable

Vínculo con el paciente

Fecha