

## ¿Dónde están los registros procedentes de?

Facilidad / El nombre del médico :

### Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: XXX-XX-\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

## ¿Dónde estamos enviando los registros?

Nombre: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal : \_\_\_\_\_

Teléfono#: \_\_\_\_\_ Fax#: \_\_\_\_\_

## ¿Qué te gustaría lanzado?

- Notas de oficina/clínica   
  Resultados de laboratorio/patología   
  Immunizations   
  Imágenes (MRI, CT, rayos X)
- Informes de radiología   
  Informes Operativos   
  Teléfono/Portal Notes   
  Todos los registros (dentro de los últimos 6 meses)
- Fechas \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_   
  Todos los registros
- Otra \_\_\_\_\_   
  Todos los registros

Si no desea que ciertas partes de su historia clínica publicadas, por favor marque las categorías que figuran a continuación que le gustaría excluidos.

- Abuso de Sustancias, en su caso   
  SIDA/VIH/ETS, en su caso   
  Condiciones Psicológicas/Psiquiátricas

## ¿Por qué estamos enviando los registros?

### Propósito de la Divulgación

- Uso Personal   
  Litigio/Legal   
  Seguro   
  Transferencia de la Atención (últimos dos años se ha enviado a un médico sin costo)

## ¿Cómo le gustaría a los registros enviados?

### Método de Entrega

- Email    
 Fax    
 Recoger    
 Franqueo  (se aplica una tarifa adicional)

\*\*\* Según HIPAA 45 CFR 164.524, es posible que se le cobre una tarifa razonable por la reproducción de registros médicos.

Las tarifas no son reembolsables una vez que se prestan los servicios. El pago vence al recibir la factura.\*\*\*

## La Firma del Paciente

Por la presente autorizo a MediCopy y sus afiliados a divulgar o divulgar a la (s) persona (s) u organización mencionada anteriormente, todos los registros médicos solicitados, incluidos los registros especialmente protegidos, como aquellos relacionados con impedimentos psicológicos o psiquiátricos, abuso de drogas, alcoholismo, anemia falciforme o infección por VIH, a menos que se indique lo. Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo cancelar esta solicitud con una notificación por escrito, pero que no afectará la información publicada antes de la cancelación de la notificación. Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario mencionado anteriormente y ya no estará protegida por las regulaciones federales. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y mi proveedor de atención médica no puede condicionar el tratamiento a mi firma de esta autorización.

**La Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Relación con el Paciente:** \_\_\_\_\_