

¿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: _____