

Autorización de Entrega de Información

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL 2DO. NOM. APELLIDO DE SOLTERAFECHA DE NACIMIENTO: _____ - _____ - _____
MES DIA AÑO Ultimos 4 dígitos de su SS#: _____

Por la presente autorizo a **PATIENT FIRST** o a _____ (indique el nombre del proveedor de atención médica) a entregarle mi historia médica o la información marcada más adelante a:

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

TELEFONO: _____ FAX: _____

INFORMACION A SER ENTREGADA:**Fecha(s) de la(s) Visita(s):**

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Historia Médica | _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiografías | _____ |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma | _____ |
| <input type="checkbox"/> Estado de Cuenta | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | _____ |

- PROPÓSITO DE LA ENTREGA:**
- | | | | |
|--|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cuidados Continuos | <input type="checkbox"/> Cambio de Médico | <input type="checkbox"/> Consulta / Segunda Opinión | <input type="checkbox"/> Seguros |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Accidentes Laborales | <input type="checkbox"/> Legal | <input type="checkbox"/> Escuela | |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ | <input type="checkbox"/> Solicitud Personal (No necesita dar explicación alguna) | | |

- Comprendo perfectamente que si Patient First ha solicitado esta autorización, yo obtendré una copia de este formulario una vez firmado.
- Comprendo perfectamente que esta autorización tiene una validez de un año.
- Comprendo perfectamente que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo al proveedor de atención médica, por escrito, y que esta revocatoria será efectiva en la fecha en que dicha notificación fue hecha, a menos que la entrega ya haya sido efectuada para el momento en que la notificación fue recibida.
- Comprendo perfectamente que la información entregada a la persona u organización arriba mencionada puede ser luego entregada a terceros y por lo tanto no está amparada por las Reglas Federales sobre la Confidencialidad.
- Comprendo perfectamente que mi derecho a recibir servicios médicos de parte de Patient First no se verá afectado si me opongo a firmar esta autorización.
- Comprendo perfectamente que si mi historia médica contiene información relacionada con el uso de drogas, VIH e informaciones asociadas, enfermedades transmitidas sexualmente, resultados de pruebas genéticas, o notas psicoterapéuticas u otra información sobre mi estado de salud mental, dicha información será entregada junto con mi historia médica, todo sujeto a, y en concordancia con lo exigido por las leyes vigentes del Estado.

Firma del Paciente / Tutor Legal / Representante Legal

Fecha

Si está siendo firmada por una persona distinta al paciente, indique su relación o razón para ello, y su autoridad legal para hacerlo

Instrucciones: Entréguese personalmente en cualquier centro de Patient First, o envíe por correo o fax a:

Medical Records Department Fax #: 804-968-4269
Patient First
P.O. Box 5411
Glen Allen, VA 23058
Phone #: 804-822-4530