SOUTHCOAST PHYSICIANS GROUP

Authorization for Release of Medical Information – SPG - SPANISH
Autorización para Divulgar Información Médica – SPG

Por favor complete este formulario minuciosamente. Sus registros médicos no podrán ser divulgados hasta que este formulario no esté completo, sea firmado por uno de los padres o el tutor legal y devuelto a nuestra oficina. Podría haber un cobro por procesamiento asociado con este pedido.

A MEDIDA QUE VA COMPLETANDO CADA PASO DE ESTE FORMULARIO, POR FAVOR COLOQUE UN TILDE EN EL CASILLERO QUE APARECE A LA IZQUIERDA. *POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE CON LETRA DE IMPRENTA *

Paso 1 Completo ☐

PASO 1. Información relativa a usted:

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Paso 2 Completo ☐

PASO 2. Motivo por el cual pide sus registros médicos (por favor marque una opción):

☐ Transferencia del Caso ☐ Legal ☐ Seguro
☐ Coordinación de los Cuidados
☐ Otro (Por favor, explique) _____

Paso 3 Completo ☐

PASO 3. ¿Quién tiene los registros ahora?

Autorizo por este medio: _____ DR/Of.Desig.

Dirección del Médico: _____

_____

Paso 4 Completo ☐

PASO 4. ¿Para quién desea divulgar sus registros?

Para divulgar la siguiente información. Por favor, especifique:

☐ Todos los registros O

☐ Fechas de Tratamiento: _____ Para _____ Otro _____

Divulgar para: _____ DR/Of.Desig.

Dirección: _____

_____

Paso 5 Completo ☐

PASO 5. Su Firma:

Esta autorización es válida por 90 días y puede ser revocada en cualquier momento por escrito antes de la fecha de vencimiento. Será necesaria una autorización adicional para la nueva divulgación a otra persona además del beneficiario

_____
Firma del Paciente

_____ _____
Firma del Testigo Firma del Padre/Madre/Tutor

Paso 6 Completo ☐

PASO 6. Divulgación de Información Sensible:

YO ENTIENDO QUE SI MIS REGISTROS MÉDICOS CONTIENEN INFORMACIÓN REFERENTE AL ABUSO DE DROGAS Y/O ALCOHOL, PSIQUIÁTRICA, ENFERMEDAD VENÉREA, SERVICIO SOCIAL, PRUEBAS/TRATAMIENTO PARA HEPATITIS B, Y/O INFORMACIÓN SENSIBLE, ESTOY DE ACUERDO EN QUE SEAN DIVULGADAS.

_____ _____
Firma del Padre/Madre/Tutor Legal Fecha

Paso 7 Completo ☐

PASO 7. Divulgación de Información sobre la SIDA:

ADEMÁS DE LAS FIRMAS ANTERIORES, SI USTED DESEA QUE SUS REGISTROS SOBRE LAS PRUEBAS/TRATAMIENTO DEL SIDA (AIDS) SEAN DIVULGADOS, DEBERÁ FIRMAR Y COLOCAR LA FECHA A CONTINUACIÓN.

ESTOY DE ACUERDO CON LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MENCIONADA

_____ _____
Firma del Padre/Madre/Tutor Legal Fecha

Created: 8/25/15 Reviewed: Revised: Translated: 10/2/15
Form # 1300.1592