

Authorization para divulgar informacion medica

Authorization for Release of Medical Information



RC0200

(identification)

Nombre del Paciente		Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social
Direccion			Numero de Telefono ()
Por la presente Autorizo _____ a			
Nombre de la Institucion			
<input type="checkbox"/> Dar o <input type="checkbox"/> Obtener informacion del registro de salud de _____ <div style="text-align: right;">Nombre del Paciente</div>			
<input type="checkbox"/> A o <input type="checkbox"/> De _____ <div style="text-align: center;">Nombre/Direccion de la Persona/Organizacion a la cual se tiene que dar o requerir informacion</div>			
Por la siguiente razon: _____			
Para las fechas de tratamiento: _____			
Se deben indicar los dias especificos			
Tipo de Acceso Solicitado		Descripcion de la Informacion que sera Usada/ Obtenida	
<input type="checkbox"/> Copias de papel del registro de salud <input type="checkbox"/> Inspeccion del registro de salud <input type="checkbox"/> Ballad Health electronicamente <input type="checkbox"/> E-mail		<input type="checkbox"/> Medico/Clinica <input type="checkbox"/> Registro de la Oficina <input type="checkbox"/> Abstracto <input type="checkbox"/> Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> Informe medico de alta <input type="checkbox"/> Historia Medica y Examen Fisico	
		<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Operative/Procedure Reporte <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/> Estudios Cardiacos/EKG	
		<input type="checkbox"/> Patologia <input type="checkbox"/> Notas de Enfermeria <input type="checkbox"/> Notas/Ordenes del Medico <input type="checkbox"/> Todo el Registro de Salud <input type="checkbox"/> Otro/as _____	
Fecha de Vencimiento: ___/___/___ O Vencimiento del Evento: _____			
(Nota: Dia o Evento no debe exceder 365 dias del dia en que este documento fue firmado)			
Yo entiendo, y por este medio consiento que la informacion dada a conocer puede contener informacion psiquiatrica, abuso de alcohol o drogas, exámenes y resultados de HIV, o informacion sobre AIDS.			
Yo entiendo, y por este medio consiento, que hay un cierto nivel de riesgo que PHI encriptica pueda ser leida o accedida por un tercero cuando es enviada de manera encripta via email. Ademas entiendo que estoy pidiendo a la organizacion que cumpla con mi pedido de mandar mi PHI via email encripto			
En los casos de accidents de trabajo esta autorizacion medica solo permite al empleador o a la division de accidents de trabajo obtener informacion medica en forma oral o por escrito, incluyendo, pero no estando limitada a, registro medico y reports en posesion del proveedor medico autorizado por el empleador de conformidad con T.C.A. § 50-6-204 y un proveedor medico que es reembolsado por el empleador por el tratamiento medico del empleado.			
El Estado de Virginia, § 65.2-604. Propcionar una copia del reporte medico: 1) A cualquier profesional de la salud que atienda al empleado que se lesion, a pedido del empleado lesionado, el empleador, el agente de seguros o un proveedor de rehabilitacion certificado como es provisto en el Artículo 2 (§ 54.1-3510 et seq.) del Capitulo 35 del Titulo 54.1 Proveyendo servicios al empleado lesionado, o an cualquier representante en esto entregue un copia del registro medico al empleado lesionado, empleador, agente de seguros, o al proveedor de rehabilitacion certificado en el Artículo 2 (§ 54.1-3510 et seq.) Capitulo 35 del Titulo 54.1.			
Lor registros que se pueden entregar en los casos de accidents de trabajo estan limitados a aquellos registros relacionados solamente con el accidente de trabajo que causo la lesion.			
Entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento notificando al Departamento de Registros Medicos de estehoital de Ballad Health o a la oficina medica de Ballad Medical Group. Dicha notificacion no afecta ninguna de las acciones previas a esta autorizacion. Entiendo que mi cuidado de salud, el pago por mi cuidado de salud, la inscripcion o elegibilidad de beneficios no seran afectados si no firmo este formulario. Entiendo que la informacion usada o divulgada de conformidad con esta autorizacion puede ser divulgada por el paciente y ya no esta protegida por las reglas de privacidad. Este instalacion se libera de cualquier responsabilidad, y el abajo firmante libera a la instalacion de toda responsabilidad de cumplir con esta Autorizacion de Liberar Informacion Medica			

Hora/Dia	Firma del Paciente/Padre/Conservador/Guardian	Nombre impreso	Relacion con el Paciente
Hora/Dia	Firma del Testigo	Identificacion Fotografica proveida	
Hora/Dia	Empleado que procesa el pedido		