

Autorización para el uso o divulgación de información de registros médicos



Información del paciente

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Cualquier otro nombre anterior: _____
 Dirección del paciente: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado _____ Cremallera: _____ Correo electrónico: _____

Autorización para Liberar

Por la presente autorizo a **Kronos Health** a (elija uno)

Divulgar mi información médica a:

Obtenga información de:

Nombre/Instalación: _____ Atención: _____
 DIRECCIÓN: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado _____ Cremallera: _____ Fax: _____

Propósito de la Solicitud: Personal Referencia o 2da Opinión Legal Seguro Otro _____
 ¿Transferencia de Práctica/Razón? _____

Información que se publicará

- Proporcione un resumen de 2 años de mis registros
- Otro: sea específico, incluya fechas y médicos en los comentarios

Comentarios

Autorización para divulgar información protegida



IMPORTANTE: es extremadamente importante que seleccione "SÍ" o "NO" para cada selección en la categoría de Autorización para divulgar información protegida. No omita ninguna línea de pedido, ya que podría afectar nuestra capacidad para cumplir con su solicitud y causar demoras adicionales.

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|----|---|
| Sí <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No | Información de salud mental |
| Sí <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No | Psicoterapia (de un psiquiatra, psicólogo o especialista en enfermería clínica de salud mental) |
| Sí <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No | Pruebas de VIH e información relacionada |
| Sí <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No | Tratamiento de abuso de alcohol y/o sustancias |
| Sí <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No | Prueba genética |
| Sí <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No | Comunicación del trabajador social |
| Sí <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No | Abuso sexual/físico Enfermedad |
| Sí <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No | de transmisión sexual (ETS) |
| Yes <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No | Otro _____ O_t_h_e_r_s_e_n_s_i_t_i_v_e_i_n_f_o_r_m_a_t_i_o_n_? |

Firma aquí

Fecha aquí

Firma del paciente

Fecha*

Firma del padre/representante legalmente reconocido**

Fecha**

Rev. 3/2020

*Esta Autorización es válida por 12 meses a menos que especifique lo contrario (ingrese la fecha de vencimiento) _____. Puede revocar esta Autorización en cualquier momento proporcionando una declaración por escrito, excepto en la medida en que el proveedor ya haya completado la acción al respecto.

*El término "pruebas genéticas" significa solo aquellas pruebas que determinan sus posibilidades futuras de desarrollar una enfermedad, no las pruebas realizadas para diagnosticar una condición o problema actual.

** Si es el representante legalmente reconocido del paciente deberá aportar documentación acreditativa.

La divulgación de información de conformidad con esta Autorización puede ser divulgada nuevamente por la institución o persona receptora a otras personas u organizaciones que no estén sujetas a las leyes de protección de la privacidad. El prestador no condicionará el tratamiento al pago de la prestación de esta Autorización.