

Autorización de divulgación de información de salud

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre anterior: _____ Número de la Seguridad Social: ###-##-_____

Solicito y autorizo que mi información de salud:

Se comparta con:

MaxHealth

Fax to: 866-554-1914

Se comparta desde:

INFORMACIÓN QUE DEBE SUMINISTRARSE (marque una o varias opciones):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todo el historial o información médica | <input type="checkbox"/> Registros de consultas | <input type="checkbox"/> Historial médico y exámenes físicos |
| <input type="checkbox"/> Resumen | <input type="checkbox"/> Pruebas o resultados diagnósticos | <input type="checkbox"/> Resumen de altas |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | | |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | |

No incluir: _____

A menos que se indique arriba, declaro que esta solicitud incluye específicamente información médica, psicológica, psiquiátrica, de abuso de alcohol o drogas durante la gestación, pruebas y tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), información relacionada con el SIDA e información genética si se encuentra en posesión de MaxHealth («MaxHealth»).

Incluya la(s) fecha(s) de servicio, desde: _____ hasta _____ (si se deja en blanco, se proporcionarán registros de todas las fechas de servicio)

FORMATO

Solicito que se aporte una copia (siempre que sea posible o esté disponible):

- En papel En formato electrónico Comentar solo mi información médica Otro: _____

Si solicita un formato sin cifrar, al firmar a continuación reconocerá que comprende los riesgos inherentes al envío y recepción de información en un formato sin cifrar ni seguro (como un correo electrónico normal o un disco sin cifrar). Algunos de esos riesgos son mensajes mal dirigidos, intrusión del correo electrónico, e interceptación o visualización por parte de terceros no autorizados. Comprendo que podría generarse un cargo por la emisión de una copia de mi información de salud. Todos los cargos se ajustarán a la ley aplicable.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

ESTA AUTORIZACIÓN CADUCARÁ CUANDO EL PACIENTE
DEJE DE ESTAR BAJO EL CUIDADO DE LAS INSTALACIONES A LAS QUE SE HACE REFERENCIA ARRIBA