

Autorización para la revelación de expediente médico

Información del paciente	
*Nombre del paciente:	
*Dirección:	
*Ciudad/Estado/Código postal:	
*Teléfono:	*Fecha de nacimiento:
Nombre del centro que revela la información:	
Centro al que se revelará la información: Abode Care Partners Teléfono: 1-800-807-6555 Fax: 855-453-5010	Objetivo de la solicitud: Tratamiento, continuidad de la atención
Información que se solicita	
Notas de progreso	Reportes de radiología/diagnóstico por imágenes
Reportes de consultas	Radiografías
Historia clínica y examen físico más reciente	Intercambio de comunicación verbal en ambas direcciones
Registro de vacunas	Expediente médico completo
Reportes de laboratorio	Otro:
Rango de fechas de la información que se solicita: Fecha de inicio: _____ Fecha final: _____	

Firmando esta autorización, acepto lo siguiente:

- Entiendo que si autorizo la revelación de mi información a personas u organizaciones que no están sujetas a las leyes federales de privacidad, el destinatario puede volver a revelar la información y ya no estará protegida.
- Entiendo que autorizar el uso y la revelación de esta información médica es un acto voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento.
- Entiendo que puedo revisar una copia de la información que se usará o revelará.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento comunicándome con mi proveedor, pero cualquier revocación no se aplicará en la medida en que mi proveedor haya actuado basándose en esta autorización.
- Autorizo el uso y revelación de mi información médica como se describe arriba. Esta autorización vence un año desde la fecha en que se firmó, salvo que se indique otra cosa. (De otra manera, fecha, evento o condición especificada: _____)

Firma del paciente/Representante del paciente: _____

Fecha: _____

Si no es el paciente, nombre en letra de molde: _____

Relación con el paciente: _____