

Nombre del paciente a la hora del tratamiento _____ Fecha de Nacimiento _____

Direccion _____ Numero de telefono de su casa _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ Numero de telefono de su trabajo _____

El susribiente autoriza a/y solicita a:

- Medico Hospital Uso Personal (\$.60 por pagina) Aseguranza Abogado (\$.60 por pagina) otro

Proposito: _____

Nombre de la persona, u organizacion a quien se le dara a conocer: _____

Incluya direccion (Calle, Estado, Zona Postal)

Si las copias seran recogidas en el hospital, por favor marque aqui: Horas de oficina: Lunes a Viernes, 7:00 am-3:30 pm

Expedientes que cubren de _____ a _____
Fecha Fecha

Me gustaria que la siguiente informacion sea entregada: Solamente los articulos que se enumeran abajo:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| _____ Sumario al salir del Hospital | _____ Reportes de Radiografias (X-Ray) |
| _____ Historia y Fisico | _____ Peliculas de Radiografias |
| _____ Consultas | _____ Reportes de Electrocardiogramas |
| _____ Reportes Operativos | _____ Reportes del Laboratorio |
| _____ Reportes Patologicos | _____ Reportes de Sala de Emergencia |
| | _____ Otro - Especificamente _____ |

Yo especificamente autorizo dar informacion de los siguientes tratamientos o procedimientos incluidos en estos expedientes. (Usted debe de poner sus iniciales a los articulos requeridos, o no seran entregados con los expedientes arriba mencionados.)

- _____ Droga/Alcohol Tratamiento contra el abuso
 _____ Tratamiento psiquiatrico y enfermedad mental
 _____ Notas de Psicoterapias
 _____ Virus Humano de Inmunodeficiencia (H.I.V.) Examen y Resultados de anticuerpo
 _____ Otro - Especificamente _____

Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto hasta el punto de la accion que se haya tomado en confianza sobre esto. Yo entiendo que esta revocacion debe de hacerse por escrito y dirigirse a Medical Record Custodian, entregarla personalmente o enviarla por correo a: Medical Record Department, PO BOX 2168, Cason City, NV 89701-2168.

Yo entiendo que las personas que reciben estos expedientes, pueden cerrar mi PHI (Informacion Protegida de Salud) a personas o entidades que no estan sujetas a las regulaciones de privacidad HIPAA, resultando en que mi PHI no estara protegida por las regulaciones HIPAA.

X Firma _____

Este consentimiento automaticamente se vence en 90 dias desde la fecha que se firmo. Ademas, este consentimiento sera revocado al cumplimiento de esta peticion y no servira ninguna solicitud futura. Yo reservo el derecho de retirar, por escrito, esta autorizacio en cualquier momento.

Fecha _____ X Firma del Paciente _____

Testigos _____ Firma del representante legal _____

Razon por que el paciente esta incapacitado para firmar _____ Parentezco _____

**** DEBIDO A CONFIDENCIALIDAD SOLAMENTE PODEMOS
MANDAR POR FAX BAJO LAS LINEAS DIRECTIVAS DE HIPAA****

DTR01 (C62)



P.O. Box 2168
Carson City, NV 89702
(775) 882-1361