



Autorización del paciente para la divulgación de información de salud:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Dirección
de correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Yo solicito que mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de Fauquier Health sea divulgada a:

Nombre del destinatario: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: _____
Fax (solo proveedor de atención médica): _____

Yo autorizo que se divulgue la siguiente PHI de mi(s) expediente(s) médico(s):

<input type="checkbox"/> Anestesia	<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Reportes de estudios por imágenes	<input type="checkbox"/> Órdenes del médico	<input type="checkbox"/> Todos los registros
<input type="checkbox"/> Registros de facturación	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Laboratorio	Registros de pacientes ambulatorios <input type="checkbox"/> Reporte de patología <input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> UB04	<input type="checkbox"/> Registros de emergencias	<input type="checkbox"/> Registros de medicamentos	<input type="checkbox"/> Responsabilidad de las divulgaciones	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Facturas detalladas	<input type="checkbox"/> Hoja de registro	<input type="checkbox"/> Registros de enfermería		<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Historial y exámenes físicos	<input type="checkbox"/> Registros de operaciones		

Comprendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental, y tratamiento de alcoholismo o abuso de sustancias o drogas. **La ley estatal y federal protege la siguiente información. Si esta información es aplicable para usted, por favor indique si le gustaría que esta fuera divulgada/obtenida (incluya fecha donde sea apropiado):**

Registro de alcoholismo, abuso de sustancias o drogas Sí No | Fechas: _____

Pruebas y resultados de VIH Sí No | Fechas: _____

Salud mental Sí No | Fechas: _____

Registros de psicoterapia Sí No | Fechas: _____

Se cubre el período de atención médica desde: Fecha(s) específica(s): _____ hasta _____ Todas las consultas/encuentros pasados, presentes y futuros

Razón para solicitar la información: (marque una) Legal Seguro Personal Continuación de la atención Otra (por favor especifique): _____

Formato de divulgación (si no se marca, la opción de papel está predeterminada): (marque uno) Correo postal de EE. UU. – formato en papel Fax (solo proveedor de atención médica) Correo electrónico (formato seguro) CD/memoria USB – formato seguro Otro (por favor especifique): _____

Al firmar este formulario de autorización, comprendo que:

- Las solicitudes de copias de los expedientes médicos están sujetas a tarifas de reproducción de conformidad con las regulaciones federales/estatales.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación se debe hacer por escrito y presentarse o enviarse por correo al Departamento de Administración de la Información de Salud en la siguiente dirección: 500 Hospital Drive Warrenton, VA 20186. La revocación no aplicará a información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.
- A menos que se revoque de alguna otra manera, esta autorización expirará en la siguiente fecha/evento/condición: _____. Si no especificó la fecha/evento/condición, esta autorización expirará 1 año después de la fecha de la firma.
- El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no se pueden condicionar a si firmo esta autorización.
- Cualquier divulgación de información implica la posibilidad de redivulgación no autorizada, y es posible que la información no esté protegida por las normas federales de confidencialidad.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente (si aplica)

EXCLUSIVO PARA EL USO DEL CONSULTORIO:

Verificado:	Sí	No	Licencia #	
Por:			SS #	
Firma:	Sí	No	Otro:	