



Improving health. Improving lives.

Devuelva la autorización a:
Release of Information
8501 Excelsior Drive
Madison, WI 53717
Fax: (608) 203-4580

AUTORIZACIÓN PARA DIFUNDIR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Teléfono

AUTORIZA DIVULGACIÓN DE:

PARA DIFUNDIR INFORMACIÓN MÉDICA A:

Access Community Health Centers

Atte: Registros Médicos

2901 W. Beltline Hwy

Madison, WI 53713

Nombre del Proveedor de Salud/Organización/Individual

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

PROPÓSITO DE ESTA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

- Transferencia a un Nuevo Médico/Atención Médica Continua
Aplicación para Seguro
Uso Personal
Determinación de Incapacidad
Otra, especificar
Investigación Legal

INFORMACIÓN PARA DIVULGAR:

Rango de Fecha: hasta

- Notas de Visitas a la Oficina
Registros de Inmunización
Informes de Radiología
Estudios de Radiología
Informes de Laboratorio
Copia Completa de los Registros Médicos Oficiales
Copia electrónica de los registros solicitada
Información Específica relativa a:

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN

Derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información de salud que se utilizará o divulgará: Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información médica que he autorizado para que se utilice o divulgue.

Derecho a recibir una copia de esta autorización: Entiendo que si acepto firmar esta autorización, la cual no estoy obligado a hacer, puedo solicitar una copia firmada de este formulario.

Derecho a negarme a firmar esta autorización: Entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario y que la/s persona/s y/u organización/es enumeradas anteriormente que yo autorizo a utilizar y/o divulgar mi información no representa un condición para un tratamiento, pago, inscripción a un plan de salud o elegibilidad para beneficios de atención de salud sobre mi decisión de firmar esta autorización.

Derecho a revocar esta autorización: Entiendo que la notificación por escrito es necesaria para cancelar esta autorización. Para obtener información sobre los pasos a tomar para revocar mi autorización o recibir una copia de mi cancelación, puedo contactar a Access Community Health Centers. Asimismo, comprendo que mi revocación no será efectiva a los usos y/o divulgaciones de mi información médica que la persona(s) u organización(es) mencionadas anteriormente ya hayan hecho referencia a esta autorización.

Otras Divulgaciones: Comprendo que si las personas u organizaciones que autorizo para recibir y/o utilizar información médica protegida no están sujetos a las leyes federales de privacidad de la información médica, pueden difundir dicha información médica protegida y puede no estar protegida por las leyes federales de privacidad de la información médica. Entiendo que esta información se puede difundir de forma electrónica. Fecha de Caducidad: Esta autorización es efectiva por (1) año a partir de la fecha en que se firma a menos que se indique lo contrario.

Fecha

De acuerdo con las condiciones enumeradas anteriormente, autorizo a utilizar y/o divulgar mi información médica. Mi firma asimismo autoriza la divulgación de información relacionada con SIDA/VIH, cuidado de la salud mental y tratamiento, uso de drogas y alcohol y discapacidades, a excepción de lo siguiente:

---

Firma del Paciente o Representante Legal/Relación

Fecha de la Firma