

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS

I _____ Nombre del paciente / Nombre Guardián del paciente

Fecha de nacimiento _____ Número de seguro social _____ dar autorización

para que Florida Arthritis Center, PL divulgue u obtenga mi información de salud protegida/registros médicos del siguiente médico y/o centro.

(Nombre / Médico / Instalación / Agencia / Organización)

(Completo lo indicado)

(Número de teléfono / Número de fax) EL PROPÓSITO DEL USO O DIVULGACIÓN ES (Por favor marque (✓) todo lo que corresponda):		
Atención continua al paciente	Abogado / Legal	Servicios Sociales / Discapacidad
Seguro	Uso personal	Transferencia de paciente
Mudanza de pacientes	Otro	Otro

Envíe SOLAMENTE los siguientes registros: NOTAS DE LA OFICINA, LISTA DE PROBLEMAS, LABORATORIOS PERTINENTES, IMÁGENES Y INFORMES DE DIAGNÓSTICO Reconozco que los datos publicados PUEDEN INCLUIR material protegido por la ley. Mis iniciales o la marca de verificación (✓) en las líneas a continuación autorizan la divulgación (si corresponde) de información relacionada con: () Alcoholismo y/o Abuso de drogas* () Salud mental y/o rehabilitación* () VIH/SIDA/Enfermedades de transmisión sexual y pruebas para otras enfermedades transmisibles.

Yo entiendo que esta información será utilizada únicamente con fines profesionales, permanecerá confidencial y no podrá ser revelada a terceros. Esta autorización puede ser revocada por mí por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en base a ella. Permiso esta autorización por un período que no exceda de un año. Entiendo que una copia de esta versión es tan válida como la original. En consideración a este consentimiento, por la presente libero a las partes anteriores de cualquier y toda responsabilidad que surja de la reforma.

nombre del paciente Impreso

Firma del paciente / Guardián

Fecha _____