

**Al firmar este formulario, autorizo a Riverside Medical Group a divulgar los registros médicos de:**

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (     ) \_\_\_\_\_

**Liberar la información a:**

Destinatario(s) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (     ) \_\_\_\_\_

**Información a ser revelada (por favor marque ✓):**

- Historial médico de los pasados 3 años
- Día(s) de Servicio: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Registro médico completo *(incluida la facturación, los estudios de radiología y los registros de anteriores proveedores)*
- Historia Médica, Registros de Evaluación     Reportes de Radiología     Resultados de Laboratorio
- Resultados de Cardiología     Inmunizaciones     Datos de Prescripción
- Documentación de Consulta     Historial de Cirugías     Sumario de Registros
- Otros (especificar): \_\_\_\_\_

Entiendo que los registros divulgados pueden incluir información confidencial, incluida la salud mental, el trastorno por uso de sustancias, el VIH/SIDA, las enfermedades transmisibles y de transmisión sexual y las pruebas genéticas.

**Razon para la liberación de la información**

- A petición del individuo (Paciente)
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

**Revocación:** Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a Riverside. Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en base a esta autorización.

**Redivulgación:** Entiendo que la información divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de los destinatarios y ya no estará protegida por la ley federal HIPAA.

Entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi autorización de esta divulgación.

**Firma del Paciente** (\*o representante autorizado por la ley): \_\_\_\_\_

**Imprimir Nombre:** \_\_\_\_\_

**Relación** (si usted no es el paciente): \_\_\_\_\_ **Fecha de Hoy:** \_\_\_\_\_

**Fecha/Evento de Expiración:** \_\_\_\_\_ (Si no esta especificado, la Autorización permanece valida a partir del día de la firma del mismo).

Riverside puede requerir documentación judicial que verifique su autoridad para firmar en nombre del paciente.

Para uso de la oficina: Día recibido: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Recibido por (Nombre Impreso/Inicial): \_\_\_\_\_

Ticket: \_\_\_\_\_ Día completado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Faxado  Enviado por correspondencia  Enviado por Email  Recogido