

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MEDICA

Al firmar este formulario, autorizo a ProHEALTH 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:

- 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): _____

Proveedor de ProHEALTH o Nombre de la Clínica: _____

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 ProHEALTH. 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).

ProHEALTH 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: _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Faxeado <input type="checkbox"/> Enviado por correspondencia <input type="checkbox"/> Enviado por Email <input type="checkbox"/> Recogido



Complete el formulario en su totalidad y devuélvalo completo a la dirección o al número de fax que se indica a continuación. Si necesita información adicional o tiene preguntas, puede comunicarse con nosotros al número de teléfono que se indica a continuación.

ProHEALTH Health Information Management Department

3 Dakota Drive, Suite 210

Lake Success, NY 11042

Phone: 516-622-3491 Fax: 516-812-4305