



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Al firmar este formulario, autorizo a Optum a divulgar los registros médicos de:

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: () _____

Nombre del Proveedor o de la Clínica de Optum Medical Care of New Jersey (anteriormente Riverside Medical Group):

Divulgar los registros a:

Receptores: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: () _____

Motivo de la Divulgación de Información:

- Lo solicita la persona (el Paciente)
 Otro (especifique): _____

Información que se divulgará:

- Registro Médico de los últimos 3 años
 Fechas de Servicio: de _____ a _____
 Todo el Registro Médico (*incluida la facturación, los estudios radiológicos y los registros de proveedores anteriores*)
 Antecedentes Médicos, Registros de Evaluación Informes Radiológicos Resultados de Laboratorio
 Resultados Cardiológicos Vacunas Datos de Recetas
 Documentación de Consultas Informes Quirúrgicos Resumen del Registro
 Otra (especifique): _____

Incluye (Escriba Sus Iniciales para Indicar las Opciones)*:

_____ Tratamiento para el Consumo de Alcohol/Drogas _____ Información Relacionada con el VIH
_____ Información sobre Salud Mental _____ Información Genética
_____ Servicios de Salud Reproductiva

* Entiendo que los registros divulgados pueden incluir información delicada, por ejemplo, sobre trastornos por consumo de sustancias, el VIH/SIDA, enfermedades contagiosas y de transmisión sexual, salud mental, pruebas genéticas y servicios de salud reproductiva.

Autorización para Hablar sobre Información de Salud:

Al escribir mis iniciales aquí _____, autorizo a _____ a hablar sobre mi información de salud con mi abogado o con una agencia gubernamental, que se indica a continuación:

Revocación: Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento si escribo a Optum. Entiendo que puedo revocarla, excepto en lo que respecta a lo que ya se haya hecho a partir de esta autorización.

Nueva Divulgación: Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de los receptores y dejar de estar protegida por la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

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

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

Nombre en Letra de Molde: _____

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

Evento/Fecha de Vencimiento: _____ (Si no se especifica, la Autorización será válida durante un año a partir de la fecha de la firma).

* Optum puede exigir documentación judicial que verifique su autoridad para firmar en nombre del paciente.

Llene el formulario en su totalidad y devuélvalo a la dirección o al número de fax que se indican a continuación. También puede comunicarse con nosotros al siguiente número de teléfono si tiene alguna pregunta relacionada con cómo llenar este formulario:

Optum Medical Care of New Jersey
Health Information Management Department
3 Delaware Drive, Suite 206
Lake Success, NY 11042
Teléfono: 551-257-7601 Fax: 551-257-7595

Para uso exclusivo administrativo: Fecha en que se recibió: ____ / ____ / ____ Lo recibió (Inicial/Nombre en Letra de Molde): _____

Comprobante: _____ Fecha en que se llenó: ____ / ____ / ____

Se envió por fax Se envió por correo Se envió por correo electrónico Se pasó a retirar