

# INLAND NEUROLOGY

## Solicitud de Información Médica

### Autorización

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Últimos Cuatro Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

### Poseedor del Récord

Hospital, Grupo Médico, Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Hospital, Grupo Médico, Número de Teléfono del Médico: \_\_\_\_\_

Hospital, Grupo Médico, Número de Fax del Médico: \_\_\_\_\_

### Los Registros Pueden Publicarse en:

#### Tipo de información

\_\_\_\_\_ Resumen de Alta    \_\_\_\_\_ Informes del Departamento de Emergencias    \_\_\_\_\_ Registros

Psiquiátricos \_\_\_\_\_ Notas de Progreso    \_\_\_\_\_ Resultados de Laboratorio    \_\_\_\_\_ Datos de

Facturación \_\_\_\_\_ Órdenes del Médico    \_\_\_\_\_ Todos y Cada Uno de los Registros    \_\_\_\_\_ Informes

Radiológicos/Nucleares \_\_\_\_\_ Historia/Examen Físico    \_\_\_\_\_ Tratamiento Abuso de Alcohol/Drogas    \_\_\_\_\_

Informes de Consulta \_\_\_\_\_ Informes operativos / de procedimiento    \_\_\_\_\_ HIV Resultados de la Prueba

\_\_\_\_\_ Otro (Por Favor Especifique) \_\_\_\_\_

#### Fechas de Servicio

• De: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

• A: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## **Uso de Información**

La persona o entidad identificada anteriormente puede usar mi información para los siguientes propósitos: (Escriba sus iniciales en todo lo que corresponda)

\_\_\_\_\_ Transferencia de Atención    \_\_\_\_\_ Segunda Opinión    \_\_\_\_\_ Personal    \_\_\_\_\_ Seguro  
\_\_\_\_\_ Legal    \_\_\_\_\_ Cuidado Continuo    \_\_\_\_\_ Otro (Por Favor Especifique) \_\_\_\_\_

## **Duración**

- Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha junto a mi firma, a menos que se indique lo contrario aquí:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## **Copia Adicional**

- Además, entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si lo solicito.

## **Nueva Divulgación**

- Entiendo que una vez recibidos, mis registros estarán sujetos a una nueva divulgación y ya no estarán protegidos por las leyes federales de privacidad.

## **Revocación**

- Esta autorización también está sujeta a la revocación por escrito por parte del abajo firmante en cualquier momento entre ahora y la divulgación de información por parte de la parte divulgadora. La revocación por escrito entrará en vigor una vez recibida, pero no será efectiva en la medida en que la ley requiera o permita específicamente al Solicitante.

## **Explicación**

- Entiendo que mi tratamiento de ninguna manera está condicionado a si firmo la autorización y que puedo negarme a firmarla.

## **Firma**

Nombre del Paciente Impreso: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Firma: \_\_\_\_\_

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma de Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha y Hora: \_\_\_\_\_

- ❖ Se debe proporcionar documentación legal junto con una identificación válida para demostrar la autoridad para firmar en nombre del paciente