

## SOLICITUD: PARA OBTENER REGISTROS MÉDICOS DE

Al firmar esta autorización, yo autorizo *Gastroenterología Asociados* o *Barkley Surgicenter* de utilizar y / o obtener cierta información de salud protegida (PHI) de mí a la parte o partes que se citan a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_

(Nota: Si está solicitando tener PHI enviado por fax a una línea de fax del trabajo a domicilio o, esto no es seguro, ya que puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del beneficiario a una entidad no cubierta y ya no puede ser protegido por la ley HIPAA Regla Federal de Privacidad. Recomendamos el PHI se envíará por correo o recogerlo personalmente en nuestra oficina)

Lo siguiente autorizo a ser utilizado o divulgado:

(Específicamente describe la información que se publicara, como la fecha(s) de servicio, nivel de detalle para ser lanzado, el origen de la información, etc)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los registros: De _____ A _____ | <input type="checkbox"/> Solicitud Específica    |  |
| <input type="checkbox"/> Resumen del Alta del Hospital         | <input type="checkbox"/> Informes Operativos     | <input type="checkbox"/> Registros de Emergencia |
| <input type="checkbox"/> Dictado Consultas                     | <input type="checkbox"/> Informes de Patología   | <input type="checkbox"/> Informes de Radiología  |
| <input type="checkbox"/> Órdenes Médicos                       | <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso       |
| <input type="checkbox"/> Informes EKG                          |  |  |
| <input type="checkbox"/> Otros _____                           |  |  |

La siguiente información especificada DEBE ser iniciada para ser incluida en el uso o divulgación:

Autorizo a la siguiente (PHI) de información para ser lanzado: Por favor, ponga sus iniciales en la línea siguiente a continuación:

- \_\_\_\_\_ Información relacionada con el VIH / SIDA
- \_\_\_\_\_ HBV, HCV, TB u otras enfermedades transmisibles
- \_\_\_\_\_ Información y / o registros de pruebas genéticas
- \_\_\_\_\_ Información y / o registros de salud mental
- \_\_\_\_\_ Violencia doméstica
- \_\_\_\_\_ Diagnóstico de drogas / alcohol, tratamiento o información de referencia (las regulaciones federales requieren una descripción de cuánta y qué tipo de información se divulgará) (Specify: \_\_\_\_\_)

Entiendo que, si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida por HIPAA y otras regulaciones federales y estatales. Sin embargo, el destinatario puede tener prohibido divulgar información sobre abuso de sustancias bajo los Requisitos federales de confidencialidad de abuso de sustancias. También entiendo que la persona a la que autorizo a usar y / o divulgar la información puede no recibir una compensación por hacerlo. Además, entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o el pago de mi elegibilidad para los beneficios. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información que se use y / o divulgue bajo esta autorización. Finalmente, entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. A menos que se revoque antes, esta autorización vencerá en seis (6) meses a partir de la fecha de la firma o hasta (fecha de inserción): \_\_\_\_\_.

Gastroenterology Associates of S.W. Florida, PA cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Firmado por:

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento y Número de Cuenta

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (Imprimir)

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social (últimos cuatro)

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha