

MD Immediate Care

Autorización de Entrega de Información

Complete este formulario y envíelo a: MD Immediate Care 504 Lewis St HdG, Md 21078 o por Fax al 443 503

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ - _____ - _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL 2DO.NOM. APELLIDO DE SOLTERA
MES DIA AÑO
SS# _____ - _____ - _____

Por la presente autoriza a MD Immediate Care o a _____ (indique el nombre del proveedor de atención médica) a entregarlo mi historia médica o la información indicada mas adelante a:

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO _____ ZIP _____

TELEFONO _____

FAX _____

Autoría a _____ para que recoja la información a ser entregada.

INFORMACION A SER ENTREGADA:

Fecha(s) de la(s) Visita(s)

- Historia Medica _____
- Radiografías _____
- Electrocardiograma _____
- Estado de Cuenta _____
- Otro: _____

PROPOSITO DE LA ENTREGA:

Cambio de Medico Segunda Opinión Seguros

Cuidados Continuos Legal Escuela

Seguro de Accidentes Laborales Solicitud Personal (No necesita dar explicación alguna)

Otro (por favor especifique) _____

- Comprendo perfectamente que si MD Immediate Care ha solicitado esta autorización, yo obtendré una copia de este formulario una vez firmado.
- Comprendo perfectamente que esta autorización tiene una validez de un año.
- Comprendo perfectamente que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo al proveedor de atención médica, por escrito, y que revocatoria será efectiva en la fecha en que dicha notificación fue hecha, a menos que la entrega ya haya sido efectuada para el momento en la notificación fue recibida.
- Comprendo perfectamente que la información entregada a la persona u organización arriba mencionada puede ser luego entregada a terceros y por lo tanto no está amparada por las Reglas Federales sobre la Confidencialidad.
- Comprendo perfectamente que mi derecho a recibir servicios médicos de parte de MD Immediate Care no se verá afectado si me opongo a firmar esta autorización.
- Comprendo perfectamente que si mi historia médica contiene información relacionada con el uso de drogas, VIH e informaciones asociadas, o información sobre mi estado de salud mental, dicha información será entregada junto con mi historia médica.

Firma Del Paciente/Tutor Legal/Representante Legal

Fecha

Si esta siendo firmada por una persona distinta al paciente, indique su relación o razón para ello, y su autoridad legal para hacerlo