

FAUQUIER HEALTH
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
FORMA DE AUTORIZACIÓN / REQUISICIÓN (Circule Uno)

Sección A: Esta sección debe ser completada por el paciente.

Nombre del Paciente:		Historia Clínica #	
Dirección:		Fecha de Nacimiento:	
		Otro:	
Nombre del Hospital/Proveedor Revelador	Nombre de la Facilidad:		
	Dirección:		
	Ciudad/Estado/Código Postal:		
	Telefono #:		
Nombre del Destinatario	Nombre del Solicitante :		
	Dirección:		
	Ciudad/Estado/Código Postal:		
	Telefono:		

Fecha(s) de Servicio:

Listar la descripción específica de la información que se publicará:	<input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> Reg. de facturación <input type="checkbox"/> UB04 <input type="checkbox"/> Facturas <input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Informe de Alta <input type="checkbox"/> EKG's <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Carátula <input type="checkbox"/> Historia Médica	<input type="checkbox"/> Reportes/Imágenes <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Reg. de Medicación <input type="checkbox"/> Reg. de Enfermería <input type="checkbox"/> Reportes Cirug/Prog	<input type="checkbox"/> Ordenes Médicas <input type="checkbox"/> Reg. Ambulatorios <input type="checkbox"/> Reps. Patología <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Contabilidad de divulgaciones	<input type="checkbox"/> Expediente completo <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
--	--	--	--	--	---

¿Quieres que el Hospital / Clínica divulge sus notas de psicoterapia (si existen) a la persona o institución que haya mencionado anteriormente?
 (Circule Uno) SI NO _____(iniciales aqui)

Método de entrega correo electrónico _____ discos compactos papel

Describe el propósito / razón para esta solicitud:

Sección B: Debe ser completada por el paciente para todas las autorizaciones:

El paciente o representante del paciente debe leer / reconocer las siguientes declaraciones:

1. Yo entiendo que las personas aquí autorizadas a usar/divulgar información no pondrán como condición, en el tratamiento o pago, mi suministración de esta autorización.
2. Yo entiendo que esta autorización expira ____/____/____. **(Si no hay fecha escrita, esta autorización expirará un año después de que haya sido recibida por el hospital.)**
3. Yo entiendo que la información usada o divulgada a una entidad distinta a un plan de salud o proveedor de atención médica puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no están protegidos por el "Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information", como se indica en 45 CFR160 and 164.
4. Yo entiendo que yo puedo anular esta autorización en cualquier momento notificando al hospital por escrito, salvo en la medida en que ya se ha realizado de acuerdo al periodo de autorización previa.
5. Yo entiendo que puedo ver la información descrita en esta forma si así lo quisiera y entiendo que yo voy a recibir una copia de esta forma después de que la firme.
6. Yo entiendo que si mi expediente contiene información sensible pueda yo necesitar que mi médico autorice el uso o divulgación de la misma
7. Yo entiendo que yo puedo rehusar firmar esta autorización y al así hacerlo, entiendo que el rechazo a firmar esta autorización no afectará mi tratamiento.

Por la presente autorizo el uso o divulgación de mi información médica personal de la manera aquí descrita. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria.

(Firma del Paciente o Representante del Paciente)	(Fecha)
---	---------

(Si es representante del paciente, por favor escriba su nombre abajo y proporcionar pruebas/documentación que tenga en su poder las cuales muestran que tiene autorización de actuar en nombre del paciente.)

Tenga en cuenta que habrá un cargo por una copia personal de sus registros. CIOXHealth ha sido contratado para este servicio y le facturará directamente. Impuestos del estado de Virginia se aplican.

- Los registros vía correo electrónico y CD serán una tarifa fija de \$ 6.50 por solicitud.
- Las copias en papel tendrán una tarifa plana de \$.90 por solicitud y \$.05 por página para suministros con un cargo adicional por franqueo de primera clase. Pre-pago requerido antes de la liberación de los registros

FOR OFFICE USE ONLY:

Verified :	Yes	No	License #	
By:			SS #	
Signature:	Yes	No	Other:	