

Nombre del Paciente _____

Dirección del Paciente _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ Fecha de Nacimiento _____

Teléfono _____ No. De Historia Médica _____ #SS _____

Liberación de Información desde Hamilton

Yo autorizo al Sistema de Salud Hamilton para liberar mi historia médica listada aquí. Esta información debe ser enviada a:

Nombre del Médico, Institución, etc. _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Número de Fax _____

* Tomen nota que la información que se libera después puede someterse a una re-liberación por la persona o institución que la recibe y no estará protegida por el Sistema de Salud Hamilton.

Liberación de Información para Hamilton

Yo autorizo la liberación de información desde:

Nombre del Médico, Institución, etc. _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Por favor enviar esta información al:

Dr. _____

Dep.. Clínica _____

No. De Teléfono _____ No. De Fax _____

FECHAS DEL TRATAMIENTO (Para que fechas de tratamiento necesita la historia médica?)

Fechas: _____

La información que se libera debe ser específica para las fechas de servicio, tratamiento, etc. Deben dar una descripción exacta de la información que se debe liberar.

Información que se debe liberar

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de la Dada de Alta | <input type="checkbox"/> EKG | <input type="checkbox"/> Visita Clínica |
| <input type="checkbox"/> Historia y Chequeo Físico | <input type="checkbox"/> Lab | <input type="checkbox"/> Emergencia |
| <input type="checkbox"/> Informe Operativo | <input type="checkbox"/> Ordenes Médicas | |
| <input type="checkbox"/> Radiografía | <input type="checkbox"/> Otros | |

Razones por la Solicitud

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Incapacidad |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Seguro Médico |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Continuo | <input type="checkbox"/> Deposition |
| <input type="checkbox"/> Compensación Laboral | <input type="checkbox"/> Facturación |
| <input type="checkbox"/> Otros (favor especificar abajo) | |

Fecha de vencimiento de esta autorización es el _____ Si el paciente no da una fecha específica o una condición para revocar esta autorización, esta autorización vencerá dentro de 90 días después que el paciente o la persona autorizada la firme.

He leído o me han leído las declaraciones arriba mencionadas y comprendo en la forma que se refieren a mí. También comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en lo que se refiere a cualquier acción ya tomada con esta autorización. Se permite la revocación por parte del paciente o el representante legal solamente si la liberación de información no haya ocurrido. Existen expectativas específicas para revocar la autorización, en la forma que se detallan por la ley federal, como:

- HMC ha tomado acción apoyándose en el documento o
- La autorización fue obtenida con el propósito de conseguir cobertura del seguro, y otra ley le da a la aseguradora el derecho de protestar el reclamo en la póliza. Para revocar la autorización, se debe presentar en persona o por correo certificado al Oficial de Privacidad del Sistema de Salud Hamilton, un documento escrito que establece la intención del paciente de revocar dicha autorización. Este documento revocatorio debe contener la firma del paciente o de su representante legal y esa firma debe ser certificada por Notario Público. Entiendo que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios puede no ser condicionado por la obtención de esta autorización.

Firma del Paciente o Representante Legal Apropriado _____

Fecha _____

(Si un representante personal del individuo firma la autorización, se debe presentar una descripción de la autorización del representante para actuar en su nombre)

Si no es el paciente, parentesco con el paciente

Se entregó ID con foto _____ si _____ no. Si es no, la identificación del paciente debe establecerse y una copia entregada con la autorización para validar la firma en la autorización que debe ser después de la fecha del servicio solicitado para su liberación.

Testigo _____

Fecha _____

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACION

Información Del Paciente