

Consentimiento para autorizar el acceso a expedientes médicos

Nombre del Paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	
Ciudad / Estado /Código Postal: _____	
Número del Seguro Social: _____	Número de Teléfono del Paciente: () _____

Autorizo a RMSCVA, PLC a que se le brinde información a:

Nombre de la pareja

Fecha de Nacimiento

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de Teléfono

El proveedor o centro de salud mencionado anteriormente está autorizado a proporcionar la información médica solicitada por los siguientes servicios o acontecimientos: esto tendrá vigencia hasta que el paciente suspenda esta autorización por escrito.

PROPÓSITO DE ESTA SOLICITUD: (Marque un casillero)

Atención para la Salud Cobertura de Seguro de Salud Personal Transferencia de Atención Médica Otro

TIPO DE EXPEDIENTES SOLICITADOS: (Marque un casillero)

- Informe de alta médica Evaluación psiquiátrica Notas de seguimiento clínico
 Informes de laboratorio o de patología Historia clínica y examen físico
 Informe sobre procedimientos quirúrgicos u operatorios Informes radiológicos
 Expedientes de la sala de emergencias Informes de las consultas Información sobre la facturación
x Todos los expedientes Otro _____

<p>Entiendo que:</p> <ul style="list-style-type: none">Los resultados de estas pruebas pueden afectar las recomendaciones y los planes de tratamiento dirigidos a mi esposo/a o pareja.En cualquier momento, puedo cancelar de esta autorización enviando una solicitud <i>escrita</i> a la dirección provista en la parte superior de esta autorización excepto cuando, conforme a mi previa autorización, ya se haya proporcionado información. Entiendo que, en el caso de que la ley le otorgue a mi compañía de seguro de salud el derecho de disputar un reclamo bajo mi póliza, el revoque de mi autorización no se aplicará a mi compañía de seguro.Si la persona o entidad que recibe esta información no es un proveedor de servicios para la salud o un proveedor de seguro médico amparado por los reglamentos para la protección de la privacidad, se puede dar nuevamente acceso a la información indicada más arriba.La información proporcionada puede incluir información relacionada con el tratamiento por el abuso de drogas o alcohol, la anemia falciforme, impedimentos psicológicos o psiquiátricos, enfermedad de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y/o con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).Entiendo que tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento no está condicionado al firmado de la misma.He leído (o me han leído) esta autorización y entiendo mis derechos relacionados con mi información médica confidencial.

Escriba en letra de imprenta el nombre del paciente o de su representante legal _____

Firma _____ Fecha _____
Relación con el Paciente: Paciente mismo Esposo/a Padre o Madre Tutor Legal Apoderado