MedStar Health

- ❑ MedStar Ambulatory Services
- ❑ MedStar Family Choice
- ❑ MedStar Franklin Square Medical Center
- ❑ MedStar Georgetown University Hospital
- ❑ MedStar Good Samaritan Hospital
- ❑ MedStar Harbor Hospital
- ❑ MedStar Health Home Care
- ❑ MedStar Health Physical Therapy
- ❑ MedStar Health Research Institute
- ❑ MedStar Institute for Innovation
- ❑ MedStar Medical Group
- ❑ MedStar Montgomery Medical Center
- ❑ MedStar National Rehabilitation Hospital
- ❑ MedStar Radiology Network
- ❑ MedStar Southern Maryland Hospital Center
- ❑ MedStar St. Mary's Hospital
- ❑ MedStar Union Memorial Hospital
- ❑ MedStar Urgent Care
- ❑ MedStar Washington Hospital Center
- ❑ NRH National Rehabilitation Network
- ❑ _____

AUTORIZACIÓN DE LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS GENERALES PARA EL USO Y LA INFORMACIÓN PRIVADADE LA SALUD DEL PACIENTE

Por favor complete la siguiente información:
Nombre del Paciente:_____
Dirección:_____
Teléfono: _____
Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/Año):_____/_____/_____
Yo autorizo al encargado de los registros médicos de:_____
u otra persona/o persona responsable (describa específicamente): _____
que divulgue/de a conocer la siguiente información: (Marque las que correspondan) (Puede haber cargos de pago para procesar una de estas solicitudes):

- ❑ Todos los registros
- ❑ Registros del Paciente que está recluído en el hospital
- ❑ Registros del Paciente que NO está recluído en el hospital
- ❑ Registros de Rayos X/Radiología
- ❑ Registros de Laboratorio/Patología
- ❑ Registros de Cuentas por Pagar
- ❑ Resumen
- ❑ Registros de Farmacia/Recetas
- ❑ Registros de Psicoterapia/Cuidados Psiquiátricos (**NOTA:** si esta autorización es de notas de psicoterapia, NO puede ser combinada con otra autorización a no ser que sea otra autorización para las notas de psicoterapia.)
- ❑ Otras (describa específicamente) _____

***Nota:** Si estos registros médicos tienen cualquier información de otros proveedores anteriores o si tienen información sobre su estado de HIV/AIDS, diagnóstico de cancer, abuso de drogas/alcohol, enfermedades de transmisión sexual, Ud. está autorizando la divulgacióin de esta información.*

Estos registros medicos son por servicios recibidos en la(s) siguiente(s) fecha(s)_____
❑ Por favor envie los registros médicos mencionados anteriormente en esta solicitud (use más papel si fuera necesario)

Nombre: _____
Dirección:_____
_____
Teléfono: _____
Fax: _____

Nombre: _____
Dirección: _____
_____
Teléfono: _____
Fax: _____

❑ Por favor mande los registros médicos que yo he marcado anteriormente por forma electrónica. Si no es así serán enviados escritos en papel por correo.
Correo electrónico: _____
La información puede ser usada/divulgada por cada uno de estos propósitos:

- ❑ Por mi autorización (solo el paciente puede marcar esta opción)
- ❑ Para mi cuidado médico
- ❑ Para pago/seguro médico
- ❑ Por propósitos legales
- ❑ Otros _____

Esta autorización no será válida después de: ____/____/____ o en caso de un acontecimiento _____
(cualquiera que sea antes de la fecha de validez), y no sera válido por más de un año de la fecha de la firma del paciente para los registros médicos.)

Yo entiendo que después que la persona encargada de los registros médicos divulgue mi información médica , ya no será protegida por las leyes de privacidad federales. También entiendo que esta autorización es voluntaria y que yo puedo negarme a firmar esta autorización. MedStar Health no le pondrá tratamiento, pago, o requisitos de admisión o eligibilidad de beneficios por firmar esta forma. Por firmar esta forma, yo represento y garantizo que yo tengo autorización de firmar este documento y que autorizo el uso o la divulgación de la información médica privada, y que no habrá reclamaciones u órdenes pendientes o en efecto que puedan prohibir, limitar o restringir en ninguna forma mi capacidad de autorizar el uso o la divulgación de esta información médica privada.

_____
Firma del paciente (o del representante legal del paciente)

_____
Fecha (MM/DD/Año)

_____
Escritura a mano del nombre completo del representante del paciente y parentezco con el paciente

_____
La autoridad del representante del paciente para poder firmar por el paciente, (por ejemplo, padres, guardian, poder legal para cuidados médicos, albacea

Ud. tiene el derecho de anular esta autorización, excepto hasta antes de que el encargado de registros médicos haya ya autorizado la divulgación de sus registros médicos, mandando su solicitud por escrito al encargado de los registros médicos.

Una copia de esta autorización firmada debe de dársele al paciente