

FALLBROOK PODIATRY

407 Potter St, Suite A • Fallbrook, CA 92028
Teléfono: (760) 728-4800 | Fax: (760) 728-0061
www.fallbrookfootdoctor.com | info@fallbrookfootdoctor.com

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

PROVEEDOR / CENTRO QUE ENVÍA LOS EXPEDIENTES

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

PROVEEDOR / CENTRO QUE RECIBE LOS EXPEDIENTES

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

EXPEDIENTES SOLICITADOS

Marque todos los que apliquen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Expediente médico completo | <input type="checkbox"/> Notas de consultas en consultorio |
| <input type="checkbox"/> Notas de procedimientos / informes operatorios | <input type="checkbox"/> Informes de imágenes (rayos X, MRI, TC, ultrasonido) |
| <input type="checkbox"/> CD de imágenes (formato DICOM) | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio / patología |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | <input type="checkbox"/> Autorizaciones de seguro |
| <input type="checkbox"/> Expedientes de ortesis | <input type="checkbox"/> Fotografías clínicas |

Otro: _____

Fecha(s) de servicio — Desde: _____ Hasta: _____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Continuidad de atención | <input type="checkbox"/> Seguro |
| <input type="checkbox"/> Legal | <input type="checkbox"/> Uso personal |

Otro: _____

FALLBROOK PODIATRY

407 Potter St, Suite A • Fallbrook, CA 92028
Teléfono: (760) 728-4800 | Fax: (760) 728-0061
www.fallbrookfootdoctor.com | info@fallbrookfootdoctor.com

FALLBROOK PODIATRY — Divulgación de Expedientes Médicos (continuación)

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Escriba sus iniciales junto a cada categoría que autoriza divulgar:

- _____ Información sobre VIH / SIDA
- _____ Expedientes de salud mental
- _____ Expedientes de tratamiento por drogas y alcohol
- _____ Información de pruebas genéticas

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Entiendo que esta autorización es voluntaria y puede ser revocada en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción basada en ella.

Esta autorización vence un (1) año después de la fecha de la firma, salvo que se indique lo contrario.

Los expedientes divulgados pueden ser re-divulgados y podrían dejar de estar protegidos por leyes federales o estatales.

Pueden aplicarse cargos por copias de acuerdo con el Código de Salud y Seguridad de California §123110.

Fecha de Vencimiento (si difiere de 1 año): _____

FIRMA DEL PACIENTE

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Imprenta: _____

SI ES FIRMADO POR REPRESENTANTE PERSONAL

Nombre: _____ Parentesco: _____

Firma: _____ Fecha: _____

USO INTERNO DE LA OFICINA

Fecha de Recepción: _____ Procesado Por: _____

Fecha de Envío: _____

Método: Fax Correo Correo electrónico seguro En persona

Notas: _____