



AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR/OBTENER DATOS MÉDICOS

Nombre de paciente: Fecha de nacimiento: Teléfono:

Dirección: Población: Estado: CP:

Entidad/Persona que recibe los datos:

Dirección: Población: Estado: CP:

Teléfono: Fax: Correo Electrónico:

Fecha(s) de servicio:

Me gustaría obtener copias de los documentos marcados a continuación en el siguiente formato: (Papel: U.S. Mail es la opción por defecto si no se elige una.)

- Formulation of preferences for document format: Paper (U.S. Mail), Fax, AMBRA, Paper (Recogida en persona), Correo Electrónico seguro

Datos que se copiarán y compartirán: (Marque todo lo que proceda.)

- Medical information to be shared: Urgencies, Resumen de altas, Historia clínica, Informes de consultas, Informes operativos, Notas médicas de evolución, Notes of nursing, History of medications, Medical prescriptions, Pathological and laboratory results, Radiology reports, Radiology images, ECG/Pneumology, Rehabilitation services, Billing history, Patient care photos, External clinical histories, Other

Motivo para la divulgación:

- Reasons for disclosure: Continuity of care, Personal use, Other, Information of damages/complaints, Legal

Esta autorización expirará al cabo de un año de la fecha en que firmé este documento, excepto si indico una fecha de expiración anterior aquí:

Quiero que esta autorización incluya los siguientes tipos de datos médicos confidenciales: (No se compartirán los documentos relacionados con las casillas que no se hayan marcado.)

- Confidential medical data to be included: Mental health, Results of anemia tests, History of drug use, Notes of psychotherapy, Sexually transmitted diseases, Genetic history

FIRMA DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Mi firma en esta autorización indica que reconozco que he leído este formulario de autorización y que entiendo lo siguiente:

- Understanding of authorization: I can object, I can revoke, Incomplete forms, Entity fees, Copy validity, Right to a copy

LA GESTIÓN DE SOLICITUDES DE DOCUMENTOS PUEDE TARDAR 10 DÍAS HÁBILES

Firma de paciente, tutor(a) o representante autorizado/a*

- Signature options: Authority legal, Representative, Benefactor, Tutor, Parent, Legal representative

*La firma de una persona que actúa como representante autorizada certifica que dicha persona tiene el poder legal para autorizar que se compartan datos en nombre del/de la paciente.

For office use only when GVH is disclosing of records.

Name of Staff Person Disclosing Records: Date: Mailed Faxed Email Pick Up