



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, Fax, AMBRA, Personal, Secure Electronic Mail.

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

- Medical information to be shared: Urgencies, Summaries, Clinical history, Consultation reports, Operative reports, Evolution notes, etc.

Motivo para la divulgación:

- Reasons for disclosure: Continuity of care, Personal use, Other.

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, Genetic history, HIV/AIDS, etc.

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:

- Terms and conditions of authorization: Understanding of data sharing, right to revoke, etc.

LA GESTIÓN DE SOLICITUDES DE DOCUMENTOS PUEDE TARDAR 10 DÍAS HÁBILES

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

- Signature options: Legal authority, Guardian, Beneficiary, etc.

*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